

*Le traitement placebo en médecine clinique : une possible modulation du consentement  
libre et éclairé ?*

Par Maude Sirois

Maîtrise en droit et politiques de la santé

Essai présenté à la professeure Louise Bernier  
et soumis à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, Québec  
en vue de l'obtention du grade de Maître en droit

Novembre 2020

© Maude Sirois, 2020



## **RÉSUMÉ**

La seule suggestion par un médecin traitant qu'un traitement puisse induire un effet favorable suscite chez certains patients une espérance ou une attente qui a pour effet de modifier la réponse de leur système, parfois jusqu'à l'atténuation des symptômes. Cet essai vise à réfléchir à la conciliation éthique et juridique de l'usage du traitement de type placebo en médecine clinique au regard des paramètres actuels de consentement aux soins. Nous nous intéresserons à la question de savoir si les effets du placebo sur le bien-être du patient peuvent justifier d'entraver son droit au respect de son autonomie et ainsi dispenser le soignant d'une partie de son devoir d'information dans ce contexte très particulier. Enfin, nous étudierons la possibilité de moduler la norme de consentement libre et éclairé de façon à stimuler l'efficacité thérapeutique du placebo, tout en assurant le respect du droit des patients à l'autodétermination.

## **ABSTRACT**

Patient expectancies about the response of a treatment directly impact patients' health outcomes. Expectation induction mechanisms of conditioning and verbal suggestion have effectively been identified as a key process eliciting placebo effects, by increasing or decreasing symptoms, when administering an inert agent (placebo). The aim of this study was to reflect on the interface of law and medical ethics in clinical use of placebo treatment. Specifically, we will be discussing and balancing patient's right to accept or refuse medical care when administering a placebo treatment. In this particular context, we will investigate whether the right to autonomy can be restricted, and thus exempt the caregiver from part of his duty to inform and investigate the possibility of contextualizing the informed consent process when administering a placebo treatment.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1. MISE EN ÉVIDENCE EXPÉRIMENTALE DU TRAITEMENT PLACEBO.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Contextualisation clinique.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2. Genèse historique du placebo : entre science et société.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3. Le pouvoir thérapeutique du placebo.....</b>	<b>12</b>
<b>CHAPITRE 2. LA PROTECTION OFFERTE PAR LE DROIT QUÉBÉCOIS CONTRE LE MENSONGE THÉRAPEUTIQUE .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1. Le fondement du consentement aux soins : l'autonomie de la personne.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2. Qualités du consentement valide.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.1. Aptitude à consentir.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2.2. Liberté de choix.....</b>	<b>27</b>
<b>2.2.3. Information requise pour éclairer la prise de décision .....</b>	<b>28</b>
2.2.3.1. Qualification des soins.....	30
2.2.3.2. Le contenu et l'intensité du devoir d'information.....	34
<b>2.3. Les exceptions au consentement aux soins reconnues par le droit civil.....</b>	<b>42</b>
<b>CHAPITRE 3. RÉFLEXION ÉTHIQUE ET MODULATION DU DIALOGUE SOIGNANT- SOIGNÉ.....</b>	<b>47</b>
<b>3.1. L'autonomie brisée et la divulgation malfaisante.....</b>	<b>47</b>
<b>3.2. Atteindre un juste équilibre : les placebos ouverts.....</b>	<b>56</b>
3.2.1. Définition et mise en évidence thérapeutique.....	56
<b>3.3. Modulation de la divulgation du placebo en médecine générale.....</b>	<b>59</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>67</b>
<b>TABLE BIBLIOGRAPHIQUE.....</b>	<b>70</b>



## REMERCIEMENTS

La réalisation de cet essai a été possible grâce à ma directrice de recherche, la professeure Louise Bernier, à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude pour sa patience, sa disponibilité et ses précieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je tiens à remercier également Me Sophie Brisson, qui fut la première à me faire découvrir le sujet qui a guidé cet essai.

## INTRODUCTION

La seule suggestion par un médecin traitant qu'un traitement puisse induire un effet favorable suscite chez certains patients une espérance ou une attente qui a pour effet de modifier la réponse de leur système, parfois jusqu'à l'atténuation des symptômes<sup>1</sup>. Au Canada et au Québec, l'usage du placebo en médecine générale reste du seul ressort du clinicien, contrairement au domaine de la recherche médicale où il est encadré par des paramètres éthiques précis<sup>2</sup>. Si le médecin traitant juge qu'il est dans l'intérêt du patient de prescrire un placebo, il se trouve alors confronté à un problème de tromperie.

Prenons l'exemple suivant afin de mieux cerner la problématique : le Dr. Parker Crutchfield et ses collaborateurs relatent, dans une étude récente, l'histoire de cas d'un patient de soixante-deux ans hospitalisé en unité de soins psychiatriques en raison d'une dépression et d'idées suicidaires amplifiées par des douleurs abdominales chroniques<sup>3</sup>. L'équipe traitante soupçonnait la nature psychosomatique de la douleur. Aucun des multiples traitements contre la douleur ne s'avérait efficace. Par la suite, le patient s'est mis à éprouver des douleurs plus vives qu'à l'habitude. La résidente de garde a alors ordonné l'injection sous-cutanée d'1 mg d'eau saline (placebo) et a laissé entendre au patient qu'elle croyait que ledit traitement était susceptible d'atténuer ses douleurs. Le patient a alors rapporté une réduction significative de ses douleurs abdominales. Jugeant cette approche thérapeutique contraire à l'éthique, le psychiatre traitant s'est immédiatement excusé auprès du patient et lui a révélé la nature non active des injections sous-cutanées. Étonnamment, le patient a fait savoir au médecin qu'il ne s'en souciait pas et qu'il désirait poursuivre le traitement placebo de façon routinière.

Ce cas clinique soulève son lot de questionnements éthiques et juridiques. Notamment, l'injection à un patient d'une substance sans lui révéler sa nature constitue-t-elle une infraction au principe du consentement libre et éclairé ? Le mensonge thérapeutique, quoique d'un réel potentiel clinique

---

<sup>1</sup> Paul KINNAERT, « Placebo et effet placebo (première partie) : définition, aspects cliniques, mécanismes », (2006) 27 *Rev Med Brux* 499, 503.

<sup>2</sup> Alice TELLIER, « Un mensonge thérapeutique ? Réflexions éthiques sur l'usage thérapeutique du placebo », (2003) 4 *Doul. et Analg.* 225, 225.

<sup>3</sup> Parker CRUTCHFIELD, Tyler GIBB et Michael REDINGER, « Placebos and a New Exception to Informed Consent », (2018) 9(3) *AJOB Neuroscience* 200, 201.



aux dires du patient, est-il conciliable avec le principe d'autonomie de la personne? La poursuite du traitement avec le consentement éclairé du patient, alors qu'il était au fait de l'inertie de l'eau saline, sera-t-elle toujours aussi efficace ? L'efficacité du placebo ne tient-elle pas justement au mensonge thérapeutique?

Cet essai vise à réfléchir à la conciliation éthique et juridique de l'usage du placebo en clinique au regard des paramètres actuels de consentement aux soins. Contrairement à d'autres États, il n'existe à ce jour au Canada aucune directive particulière de l'Association canadienne médicale sur l'utilisation du placebo en clinique et très peu d'études canadiennes s'attardent à leur utilisation en médecine clinique. Les professionnels du réseau de la santé demeurent donc hésitants à l'intégrer ouvertement à leur arsenal thérapeutique en raison de l'absence d'encadrement juridique canadien et québécois<sup>4</sup>.

En guise d'amorce à la discussion, le chapitre premier de notre essai propose une description clinique visant à préciser les contours de cette thérapeutique en médecine générale. Une genèse historique de l'émergence des placebos et de la polémique non résolue qu'ils ont soulevée en littérature médico-légale suivra. Le deuxième chapitre présente un état des lieux de l'acceptabilité juridique de l'utilisation du placebo en médecine générale, traditionnellement perçu comme un mensonge thérapeutique. Plus particulièrement, nous nous intéresserons à la question de savoir si les effets du placebo sur le bien-être du patient peuvent justifier d'entraver le droit à l'autonomie et ainsi dispenser le soignant d'une partie de son devoir d'information dans ce contexte très particulier. Partant du constat que l'autonomie de la personne constitue la pierre angulaire du droit de la santé, le troisième et dernier chapitre propose une solution contemporaine visant à moduler le dialogue patient-médecin de façon à stimuler l'efficacité thérapeutique du placebo, tout en assurant le respect du droit à l'autodétermination. Apparue dans la littérature récente, cette nouvelle approche nommée « placebos ouverts » est pourtant loin de faire l'unanimité. Nous offrirons donc des adaptations du dialogue soignant-soigné relativement à l'usage de cette thérapeutique et soupèserons les avantages et inconvénients qui en découlent.

---

<sup>4</sup> Voir Azgad GOLD et Pesach LICHTENBERG, «The moral case for the clinical placebo », (2014) 40 *J Med Ethics* 219; Mehrul HASNAIN, Abraham RUDNICK, Weldon S. BONNELL, Gary REMINGTON et Raymond W. LAM, « Utilisation d'un placebo dans les essais cliniques d'un médicament psychotrope », (2018) 63(5) *The Canadian Journal of Psychiatry* 338.

## CHAPITRE 1. MISE EN ÉVIDENCE EXPÉRIMENTALE DE L'EFFET PLACEBO

### 1.1. Contextualisation clinique

Du latin « *placere* » (plaire), le placebo n'a pas d'activité pharmacologique, du moins sur la pathologie, mais la suggestion d'un effet favorable suscite chez certains patients une espérance ou une attente qui a pour effet de modifier la réponse de leur système, parfois jusqu'à l'atténuation des symptômes<sup>5</sup>. La distinction traditionnellement comprise entre le placebo et la médication chimique résidait dans leur mode d'action conceptuellement distinct : le premier agit sur les paramètres psychologiques, tandis que le second agit au plan physique, notamment sur les tissus et les organes<sup>6</sup>. Par exemple, dans le traitement de la douleur, l'analgésie régulière comme la morphine cible l'affection par la technique de la biologie moléculaire, alors que le placebo y parvient par le biais de la distraction<sup>7</sup>.

Le placebo est généralement, mais non exclusivement<sup>8</sup>, un produit pharmacologique sous forme de comprimé, de liquide ou d'injection administrés comme témoin de l'activité d'un médicament<sup>9</sup>.

---

<sup>5</sup> P. KINNAERT, préc., note 1, 503; Adam J. KOLBER, « A Limited Defense of Clinical Placebo Deception », (2007) 26(1) *Yale L & Pol'y Rev* 75, 82.

<sup>6</sup> Shlomo COHEN, « The Nocebo Effect Of Informed Consent », (2014) 28(3) *Bioethics* 147, 149; Michael S. DAUBER, « Mechanisms and Mind Sets: The Roles of Terminology and Patient Mind Set in Clinician Truth-Telling and Placebo Use », (2018) 9(3) *AJOB Neuroscience* 202.

<sup>7</sup> Des études démontrent qu'il est possible de réduire l'intensité de la douleur en distrayant les patients, soit en ajustant leurs attentes. À ce sujet, voir M. S. DAUBER, préc., note 6, 202 citant Katja WIECH, Markus PLONER et Irene TRACEY, « Neurocognitive aspects of pain perception », 2008 12(8) *Trends Cogn Sci*. 306 et Ulrike BINGEL, Vishvarani WANIGASEKERA, Katja WIECH, Roisin Ni MHUIRCHEARTAIGH, Michael C. LEE, Markus PLONER et Irene TRACEY, « The Effect of Treatment Expectation on Drug Efficacy: Imaging the Analgesic Benefit of the Opioid Remifentanyl », (2011) 3(70) *Sci. Transl. Med.*

<sup>8</sup> Pour les fins de notre étude, nous nous en tiendrons à l'utilisation des placebos sous forme de produits pharmacologiques. Soulignons toutefois que les placebos ne sont pas exclusivement administrés sous forme de produits pharmacologiques. Par exemple, la chirurgie fictive s'est révélée effective en réponse à certains maux, mais son utilisation demeure hautement controversée (Wayne B. JONAS, « Reframing Placebo in Research and Practice », (2011) 366 *Phil Trans R Soc B* 1896, 1899). Voir aussi Ben COLAGIURI, Lieven A. SCHENK, Michael D. KESSLER, Susan G. DORSEY et Luana COLLOCA, « The placebo effect: from concepts to genes », (2015) 207 *Neuroscience* 171, 3 et Tracey E. CHAN, « Regulating the Placebo Effect in Clinical Practice », (2014) 23(1) *Medical Law Review* 1, 3, à la note 7 citant Franklin G. MILLER, « Ethical Issues in Surgical Research », (2005) 15 *Thoracic Surg Clin* 543, 547 : « Sham surgery is a simulated surgical procedure that omits the step thought to be therapeutically necessary. It is sometimes used, controversially, as a placebo control in a randomised clinical trial of a surgical procedure to evaluate its efficacy, particularly where the outcome measures are based on inherently subjective patient reports ».

<sup>9</sup> France HAOUR, « Mécanismes de l'effet placebo et du conditionnement : données neurobiologiques chez l'homme et l'animal », (2005) 21-3 *M/S : médecine sciences* 315, 315.

Plus particulièrement, il s'agit de « tout procédé thérapeutique donné intentionnellement pour avoir un effet sur un patient, symptôme, syndrome ou maladie, mais qui est objectivement sans activité spécifique pour la condition traitée »<sup>10</sup>. On peut faire la différence entre deux types de placebos. D'abord, le placebo pur est un produit dénué de tout effet pharmacologique actif, c'est-à-dire une substance inerte comme le lactose, l'eau saline ou la pilule de sucre. Ensuite, le placebo impur est un traitement ayant des principes actifs démontrés, mais qui est inefficace sur la pathologie traitée<sup>11</sup> comme, par exemple, l'administration de vitamines pour soulager la douleur<sup>12</sup>.

L'effet placebo est l'implication psychologique, physiologique ou psychophysiologique de tout procédé donné avec une intention thérapeutique non liée à ses effets pharmacologiques<sup>13</sup>. La science relève l'implication de certains neurotransmetteurs et hormones dans l'effet placebo, tels que l'endorphine, la dopamine, la cholécystokinine et les cannabinoïdes<sup>14</sup>, lesquels s'activent dans des régions spécifiques et mesurables du cerveau.

La littérature décrit souvent ce phénomène comme la conséquence de l'anticipation du patient<sup>15</sup>. Autrement dit, l'effet placebo est conditionné par la co-construction imaginaire du patient et du

---

<sup>10</sup> Arthur K. SHAPIRO, « Factors contributing to the placebo effect », (1964) 18 *Am J Psychother* 73; voir aussi Mark ALFANO, « Placebo Effects and Informed Consent », (2015) 15(1) *The American Journal of Bioethics* 3, 4.

<sup>11</sup> Christian GUY-CHOICHARD et François BOUREAU, « Comprendre l'effet placebo pour mieux traiter la douleur », (2005) 26 *La revue de médecine interne* 226, 227 ; A. J. KOLBER, préc., note 5, 84 ; Arthur K. SHAPIRO, Elaine SHAPIRO, *The Powerful Placebo: From Ancient Priest to Modern Physician*, Maryland, The Johns Hopkins University Press, 1997.

<sup>12</sup> À titre de placebos impurs, pensons aussi au soulagement musculaire instantané rapporté par un patient directement après une injection de lidocaïne et de cortisone, alors que d'un point de vue pharmacologique, il est douteux sinon impossible que le traitement agisse aussi rapidement (voir Rahel FENT, Thomas ROSEMAN, Margrit FÄSSLER, Oliver SENN et Carola A. HUBER, « The use of pure and impure placebo interventions in primary care – a qualitative approach », (2011) 12(11) *BMC Family Practice*). Pour les fins de cet essai, en plus des placebos purs, nous nous concentrerons uniquement sur les placebos impurs administrés à la connaissance du praticien de leur inefficacité sur la pathologie traitée (*p. ex.* les vitamines).

<sup>13</sup> A. K. SHAPIRO, préc., note 10; Charlotte BLEASE, Luana COLLOCA et Ted J. KAPTCHUK « Are Open-Label Placebos Ethical? Informed Consent And Ethical Equivocations », (2016) 30(6) *Bioethics* 407, 411; Damien G. FINNIS, Ted J. KAPTCHUK, Franklin G. MILLER, Fabrizio BENEDETTI, « Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects », (2010) 375 *Lancet* 686; Stewart JUSTMAN, « From medicine to psychotherapy: the placebo effect », (2011) 24(1) *History of the Human Sciences* 95, 99.

<sup>14</sup> Ted J. KAPTCHUK et Franklin G. MILLER, « Placebo effects in medicine », (2015) 356 *N Engl J Med* 8; Charlotte R. BLEASE, Felicity L. BISHOP et Ted J. KAPTCHUK, « Informed consent and clinical trials: where is the placebo effect? », (2017) 356 *BJM* 1.

<sup>15</sup> Pascal-Henri KELLER, Annie GIROUX-GONON et François GONON, « Effet placebo et antidépresseurs : une revue de la littérature éclairée par la psychanalyse », (2013) 78 *L'évolution psychiatrique* 327, 331.

médecin<sup>16</sup>. L'effet placebo réfère aux changements attribuables à l'alliance thérapeutique formée entre le médecin et son patient<sup>17</sup>. Cela incite le clinicien à savoir susciter les facteurs contextuels qui peuvent moduler l'action thérapeutique. Son rôle de suggestion est fondamental en ce qu'il intervient, par des moyens de persuasion, sur la pertinence du traitement, les attentes d'efficacité et la conviction générale du malade<sup>18</sup>. Et ce sont ces attentes précises face au traitement qui moduleront l'intensité de l'effet placebo<sup>19</sup>. Par exemple, le simple fait d'annoncer à un patient qui éprouve de la douleur qu'on le soulagera immédiatement avec un antidouleur efficace peut en soi produire ou maximiser la réponse analgésique<sup>20</sup>. Les preuves scientifiques suggèrent d'ailleurs que l'expectative du patient est nécessaire pour que l'effet placebo soit enregistré efficacement<sup>21</sup>.

En sus de la qualité de la relation thérapeutique et de l'état de confiance mutuelle qui en résulte, la littérature biomédicale décrit aussi l'effet placebo comme une réponse conditionnée de type pavlovien<sup>22</sup>. À cet égard, la Directrice de recherche du laboratoire à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale à Paris, Madame France Haour, émet l'hypothèse suivante : « Conditionnement et attente sont probablement simultanés: les deux interprétations ne sont pas mutuellement exclusives, puisque des expériences menées chez l'animal démontrent que ce qui est appris dans le conditionnement de type pavlovien est en fait une attente »<sup>23</sup>.

---

<sup>16</sup> Marjorie ROQUES, Florant B. POUPART, Pascal-Henri KELLER et Gérard PIRLOT, « Enjeux relationnels inconscients dans la « relation-placebo » : les rôles du transfert, de la suggestion et de l'ambivalence », (2014) 172 *Annales Médico-Psychologiques* 873, 876.

<sup>17</sup> C. R. BLEASE, F. L. BISHOP et T. J. KAPTCHUK, préc., note 14.

<sup>18</sup> *Id.*, 232. Voir aussi Carla E. FLIK, Laura BAKKER, Wijnand LAAN, Yanda R. VAN ROOD, André JPM SMOUT, Niek J. DE WIT, « Systematic review: The placebo effect of psychological interventions in the treatment of irritable bowel syndrome », (2017) 23(12) *World J Gastroenterol* 2223, 2231.

<sup>19</sup> Bennett FODDY, « A Duty to Deceive: Placebos in Clinical Practice », (2009) 9(12) *The American Journal of Bioethics* 4, 7.

<sup>20</sup> Franklin G. MILLER et Luana COLLOCA, « The placebo phenomenon and medical ethics: Rethinking the relationship between informed consent and risk-benefit assessment », (2011) 32 *Theor Med Bioeth* 229, 231.

<sup>21</sup> *Id.*; A. J. KOLBER, préc., note 5, 90; Ginger A. HOFFMAN, Anne HARRINGTON et Howard L. FIELDS, « Pain and the Placebo: What We Have Learned », (2005) 48 (2) *Persp. Biology & Med.* 248, 258-259.

<sup>22</sup> F. HAOUR, préc., note 9, 315; B. FODDY, préc., note 19, 7; P.-H. KELLER, A. GIROUX-GONON et F. GONON, préc., note 15, 331; Pascal-Henri KELLER, Olivier GRONDIN, François TISON et François GONON, « How Health Professionals Conceptualize and Represent Placebo Treatment in Clinical Trials and How Their Patients Understand It: Impact on Validity of Informed Consent », (2016) 11(5) *Plos One*.

<sup>23</sup> F. HAOUR, préc., note 9, 315 citant Richard R. BOOTZIN, *The role of expectancy in behavior change*, dans « Placebo, theory, research, and mechanisms », New York, Guilford Press, 1985, p. 196 à 210.

La théorie du conditionnement classique correspond à l'association d'une réponse conditionnelle à un stimulus initialement neutre<sup>24</sup>. Ainsi, le conditionnement au rituel médical est possible, par exemple, par l'association d'une pilule d'une certaine taille ou couleur à une réponse spécifique des paramètres biologiques<sup>25</sup>. Dans la même lignée, d'autres facteurs ponctuels et contextuels, quoique non essentiels<sup>26</sup>, tels que la marque et l'étiquetage de la médication<sup>27</sup>, les modalités de traitement (injections ou pilules)<sup>28</sup> ou la forme d'une pilule<sup>29</sup>, sont susceptibles d'influencer la magnitude de l'effet placebo<sup>30</sup>. Il importe cependant de noter que la théorie du conditionnement ne peut être le moteur de l'effet placebo lorsque le sujet n'a jamais été traité par un médicament auparavant<sup>31</sup>. Le cas échéant, ce sera bel et bien l'attente positive du patient face à l'amélioration de son état qui en sera la cause.

## 1.2. Genèse historique du placebo : entre science et société

Historiquement, l'administration d'un placebo a presque toujours impliqué une forme de tromperie ou de faux-semblant<sup>32</sup>. Apparue dans la littérature médicale anglaise à la fin du XVIII<sup>e</sup>

---

<sup>24</sup> Pour plus de détails à ce sujet, voir David MCFARLAND, « Le comportement animal », dans *Psychobiologie, éthologie et évolution*, Paris, De Boeck Supérieur, 2009, p. 339 à 355.

<sup>25</sup> M. ALFANO, préc., note 10, 6; Victor CHAVARRIA, João VIAN, Círia PEREIRA, João DATA-FRANCO, Brisa S. FERNANDES, Michael BERK et Seetal DODD, « The Placebo and Nocebo Phenomena: Their Clinical Management and Impact on Treatment Outcomes », (2017) 39(3) *Clinical Therapeutics* 477.

<sup>26</sup> Ted J. KAPTCHUK, John M. KELLEY, Lisa A. CONBOY, Roger B. DAVIS, Catherine E. KERR, Eric E. JACOBSON, Irving KIRSCH, Rosa N. SCHYNER, Bong Hyun NAM, Long T. NGUYEN, Min PARK, Andrea L. RIVERS, Claire MCMANUS, Efi KOKKOTOU, Douglas A. DROSSMAN, Peter GOLDMAN et Anthony J. LEMBO, « Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome », (2008) 336 *BMJ* 999.

<sup>27</sup> Slavenka KAM-HANSEN, Moshe JAKUBOWSKI, John M. KELLEY, Irving KIRSCH, David C. HOAGLIN, Ted J. KAPTCHUK et Rami BURSTEIN, « Altered placebo and drug labeling changes the outcome of episodic migraine attacks », (2014) 6(218) *Science Translational Medicine*; Michael LIFSHITZ, Eli O. SHEINER, Jay A. OLSON, Rémi THÉRIAULT et Amir RAZ, « On Suggestibility and Placebo: A Follow-Up Study », (2017) 59(4) *American Journal of Clinical Hypnosis* 385;

<sup>28</sup> Ted J. KAPTCHUK, Peter GOLDMAN, David A. STONE et William B. STASON, « Do medical devices have enhanced placebo effects? », (2000) 53 *J Clin Epidemiol* 786; T. J. KAPTCHUK *et al.*, préc., note 26; B. FODDY, préc., note 19.

<sup>29</sup> A. J. KOLBER, préc., note 5, 90.

<sup>30</sup> C. R. BLEASE, F. L. BISHOP et T. J. KAPTCHUK, préc., note 14.

<sup>31</sup> F. HAOUR, préc., note 9, 316; Martina AMANZIO et Fabrizio BENEDETTI, « Neuropharmacological dissection of placebo analgesia: expectation-activated opioid systems versus conditioning-activated specific subsystems », (1999) 19 *J Neurosci* 484.

<sup>32</sup> Luana COLLOCA, Paul ENCKD et David DEGRAZIAE, « Relieving pain using dose-extending placebos: a scoping review », (2016) 157 *Pain* 1590, 1595.

siècle<sup>33</sup>, le terme « placebo » est défini dès 1811 comme un médicament administré davantage pour plaire au patient que pour lui être bénéfique<sup>34</sup>. Avant même la naissance de cette expression, l'histoire de la médecine regorge d'exemples non intentionnels d'usage de placebo en médecine générale<sup>35</sup>. Il est d'ailleurs soumis en littérature médicale que certaines techniques médicales utilisées avant 1900 sont en réalité le fait des placebos<sup>36</sup>. Par exemple, les manuscrits sur l'exercice de la médecine égyptienne antique décrivent des croyances thérapeutiques multiples, dont la fiente de mouche, le sang de lézard, les excréments de crocodile, les dents de porc, les sabots d'âne et la viande avariée<sup>37</sup>. Grâce à l'essor des techniques médicales de pointe, nous savons aujourd'hui que lesdits traitements n'ont en réalité aucun effet clinique spécifique. Comment, alors, expliquer le succès de la médecine pharaonique ? Si certains médicaments donnaient indéniablement de bons résultats, d'autres, tels que ceux dont nous venons de faire état, ne devaient avoir qu'un effet purement psychologique<sup>38</sup>. Autrement dit, l'amélioration de la condition de santé des pharaons serait dans ces cas attribuable à la rencontre thérapeutique avec un spécialiste et à la relation de confiance qui s'établissait entre les parties<sup>39</sup>.

Le XIX<sup>e</sup> siècle marque l'avènement de l'industrie pharmaceutique moderne, au cours de laquelle vit une série de découvertes majeures<sup>40</sup> qui ont contribué à l'accroissement de la production et à la distribution médicamenteuse, en plus d'avoir mené à des investissements en recherche clinique<sup>41</sup>. C'est dans le contexte précis du développement des nouveaux médicaments dans les années cinquante et des essais cliniques visant à mesurer leurs effets que le placebo a pris son essor<sup>42</sup>. Afin d'évaluer l'efficacité et la toxicité de ces médicaments à court terme, les sujets de recherche étaient

---

<sup>33</sup> Iftach SAGY, Jonathan ABRES, Ariel WINNICK et Alan JOTKOWITZ, « Placebos in the era of open-label trials: An update for clinicians », (2019) 49 *Eur J Clin Invest.* 1.

<sup>34</sup> Alain AUTRET, *Les effets placebo : Des relations entre croyances et médecines*, France, Éditions L'Harmattan, 2013, p. 20.

<sup>35</sup> L. COLLOCA, P. ENCKD et D. DEGRAZIAE, préc., note 32; Ted J. KAPTCHUK, « The placebo effect in alternative medicine: Can the performance of a healing ritual have clinical significance? », dans F. G. MILLER, L. COLLOCA, R. A. CROUCH, & T. J. KAPTCHUK (dirs.), *The placebo: A reader*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2013, p. 64 à 70.

<sup>36</sup> A. K. SHAPIRO, préc., note 10, 111.

<sup>37</sup> Thomas FINDLEY, « The placebo and the physician », (1953) 37 *Med. Clin. N. Amer.* 1821.

<sup>38</sup> MUSÉE CANADIEN DE L'HISTOIRE, « Mystère de l'Égypte », *Sciences*, en ligne : < <https://www.museedelhistoire.ca/cmc/exhibitions/civil/egypt/egcs05f.html> >.

<sup>39</sup> T. FINDLEY, préc., note 37, 113, 115.

<sup>40</sup> Par exemple, l'insuline (1921-1922) et la pénicilline (1929).

<sup>41</sup> *Id.* Voir aussi L. COLLOCA, P. ENCKD et D. DEGRAZIAE, préc., note 32.

<sup>42</sup> I. SAGY *et al.*, préc., note 33; Henry K. BEECHER, « The powerful placebo », (1955) 159(17) *J Am Med Assoc.* 1602.

divisés en deux groupes : le premier groupe recevait le médicament expérimental alors que le deuxième se voyait administrer une substance inerte (*p. ex.* du sucre) ou autre produit inefficace sur la pathologie (*p. ex.* un comprimé de vitamine) présentée sous la même forme que le médicament à tester<sup>43</sup>. L'essai est réalisé soit en simple aveugle, c'est-à-dire lorsque le malade ignore ce qu'il reçoit, mais le médecin le sait, ou en double aveugle, soit lorsque ni le malade ni le médecin ne le savent<sup>44</sup>.

Le recours aux placebos en tant qu'agent comparatif des résultats de l'administration d'un produit actif permet alors de préciser l'efficacité de cette nouvelle thérapeutique<sup>45</sup>. Le potentiel de l'effet placebo devient un réel sujet d'intérêt lorsqu'il est soulevé par Beecher en 1955, dans son article « The Powerful Placebo »<sup>46</sup>, où il soumet qu'environ 35% des sujets de recherche répondent à la médication inerte comme à la médication chimique<sup>47</sup>.

Si le placebo est d'un intérêt grandissant dans le cadre d'essais cliniques, cette tromperie médicale soulève déjà des questionnements éthiques et, plus particulièrement, cadre mal avec le rejet du paternalisme et la nouvelle politique de laisser-faire qui suit la Seconde Guerre mondiale. En effet, à la suite des expérimentations médicales réalisées sans le consentement des sujets au cours des années 1939-1945<sup>48</sup>, le procès de Nuremberg a mené à une prise de conscience internationale sur la nécessité d'un encadrement strict dans la recherche biomédicale sur des sujets humains et a mené à la codification de dix principes éthiques que le chercheur ne peut ignorer<sup>49</sup>. Plus particulièrement, l'adoption du Code de Nuremberg érige la notion de consentement libre et éclairé au premier rang de l'éthique biomédicale<sup>50</sup>. L'article premier se lit ainsi :

---

<sup>43</sup> I. SAGY *et al.*, préc., note 33. Voir également Mathieu GAGNÉ, *Le droit des médicaments au Canada*, 2<sup>e</sup> éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2010, à la note n°131.

<sup>44</sup> Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTEN, « L'expérimentation et les soins innovateurs : l'article 21 C.c.Q. et les affres de l'imprécision », (1996-97) 27 *R.D.U.S.* 89, à la note n°167.

<sup>45</sup> *Id.* ; H. K. Beecher est le premier auteur à avoir alerté l'importance thérapeutique du placebo dans un article publié en 1955 (préc., note 42).

<sup>46</sup> H. K. BEECHER, préc., note 42.

<sup>47</sup> *Id.* ; S. JUSTMAN, préc., note 13, 96.

<sup>48</sup> Bruno HALIOUA, « Du procès au code de Nuremberg : principes de l'éthique biomédicale », *Espace Éthique*, 2014, en ligne : < <https://www.espace-ethique.org/printpdf/2219> >.

<sup>49</sup> *Id.*

<sup>50</sup> A. GOLD et P. LICHTENBERG, préc., note 4, 222; Tom L. BEAUCHAMP et James F. CHILDRESS, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Les Belles Lettres, 2008, p. 123.

Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne intéressée doit jouir de capacité légale totale pour consentir : qu'elle doit être laissée libre de décider, sans intervention de quelque élément de force de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes de contraintes ou de coercition. Il faut aussi qu'elle soit suffisamment renseignée, et connaisse toute la portée de l'expérience pratiquée sur elle, afin d'être capable de mesurer l'effet de sa décision. Avant que le sujet expérimental accepte, il faut donc le renseigner exactement sur la nature, la durée, et le but de l'expérience, ainsi que sur les méthodes et moyens employés, les dangers et les risques encourus; et les conséquences pour sa santé ou sa personne, qui peuvent résulter de sa participation à cette expérience.

[Nos soulignements]

L'adoption du Code de Nuremberg annonçait ainsi un changement de cap majeur : celui du rejet du paternalisme médical afin de promouvoir le respect de l'autonomie de la personne<sup>51</sup>. Alors que la violation de l'autonomie individuelle fût jadis justifiée au nom du meilleur intérêt du patient<sup>52</sup>, l'avènement de l'antipaternalisme a redonné à l'individu la maîtrise de son corps et de sa destinée, et des décisions médicales qui s'y rapportent<sup>53</sup>.

Dans ce contexte, considérant que la valeur scientifique des essais des nouveaux médicaments reposait sur l'ignorance du sujet de la nature de la substance ingérée et, parfois même, du scientifique, le recours aux placebos en recherche clinique a suscité de nombreux commentaires<sup>54</sup>. Sur la question de la fraude à l'égard du sujet des expériences à l'aveugle ou double aveugle, le professeur Jean-Louis Baudouin, en 1988, a prévenu que « C'est ... avec beaucoup de prudence et de réticence que le droit doit admettre ces hypothèses, puisqu'il est effectivement impossible, alors, de satisfaire aux exigences du consentement »<sup>55</sup>, ce qui s'applique notamment au cas des expériences avec placebos<sup>56</sup>. Selon les professeurs Kouri et Nootens, dans le cadre des expérimentations, « en dépit de l'inconfort que l'on ressent lorsqu'il y a lieu de dissimuler la vérité,

<sup>51</sup> S. JUSTMAN, préc., note 13, 96; Brit TROGEN, Arthur CAPLAN et Perri KLASS, «The Ethics of Open-Label Placebos in Pediatrics », (2017) 140(2) *Pediatrics*.

<sup>52</sup> Laura SPECKER SULLIVAN et Fay NIKER, « Relational Autonomy, Maternalism, and the Nocebo Effect », (2017) 17(6) *The American Journal of Bioethics* 52, 53.

<sup>53</sup> Des précisions substantielles ont par la suite été apportées par la Déclaration d'Helsinki (1964).

<sup>54</sup> Sur la problématique de l'ignorance du sujet d'expérimentation, voir notamment R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTEN, préc., note 44, 124.

<sup>55</sup> Jean-Louis BAUDOUIN, « Les expériences biomédicales humaines : modèles et modalités des systèmes actuels de garantie des droits de la personne », dans J. ILIOPOULOS-STRANGAS (dir.), *Expérimentation biomédicale et droits de l'homme*, Paris, P.U.F., 1988, p. 74.

<sup>56</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTEN, préc., note 44, à la note n°137.



les impératifs scientifiques exigent qu'exceptionnellement, le devoir de franchise envers le patient/sujet soit suspendu »<sup>57</sup>.

L'acceptation éthique de la tromperie des sujets dans le cadre d'essais cliniques a éventuellement fait l'objet d'un encadrement par la Commission de réforme du droit du Canada qui précise :

L'expérimentation devrait être tenue pour légale, bien que le sujet ait été trompé, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- a) Il n'existe aucun autre moyen d'atteindre l'objectif de recherche ;
- b) L'expérimentation ne comporte pas de risque pour le sujet ;
- c) Aucun élément d'information susceptible d'entraîner un refus n'a été retenu ;
- d) Les recherches sont d'une grande importance scientifique ;
- e) Il est possible, une fois les recherches terminées, de faire aux sujets un compte rendu de l'expérience et de leur expliquer pourquoi la tromperie était nécessaire<sup>58</sup>.

Sur la question particulière de l'utilisation des placebos dans le cadre d'essais cliniques, les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, dans leur Énoncé de politique des trois conseils (ci-après « EPTC ») de 1998 : *Éthique de recherche avec des êtres humains*, amendé en 2014 puis en 2018 (ci-après « EPTC 2 »), reconnaissent la possibilité d'administrer un placebo en tant que traitement contrôlé dans un essai clinique aux conditions suivantes<sup>59</sup> :

---

<sup>57</sup> *Id.*, 125.

<sup>58</sup> COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, *L'expérimentation biomédicale sur l'être humain*, Document de travail 61, Ottawa, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1989, p. 31. Notons aussi que la Déclaration d'Helsinki révisée en 2002 et 2013, commande que l'utilisation d'une intervention moins efficace est permise dans les situations exceptionnelles « où il n'existe aucune intervention éprouvée » ou « lorsque, pour des raisons méthodologiques impérieuses et scientifiquement solides, il n'existe pas d'autres moyens qui permettent de déterminer l'efficacité ou l'innocuité d'une intervention que d'utiliser une intervention moins efficace que celle qui est éprouvée, un placebo, ou aucune intervention » (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, « World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects », (2013) 310(20) *JAMA* 2191).

<sup>59</sup> CONSEIL DE RECHERCHES EN SCIENCES HUMAINES DU CANADA, DU CONSEIL DE RECHERCHES EN SCIENCES NATURELLES ET EN GÉNIE DU CANADA, DES INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA, dans l'*Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2018, chapitre 11, art. 11.4 (ci-après « EPTC »). Dans les commentaires accompagnant l'article 11.4 de l'EPTC (2018), il est précisé que l'utilisation d'un placebo en recherche est acceptable s'il n'existe pas de traitement efficace reconnu pour la population ou l'indication à l'étude, que les données existantes laissent planer un doute sérieux, parmi les experts du milieu concerné, quant au bénéfice thérapeutique net des thérapies disponibles, que les thérapies disponibles sont inefficaces, que l'essai comporte l'ajout d'une nouvelle thérapie expérimentale à des thérapies qui ont fait leurs preuves et que des patients ayant la capacité décisionnelle ont fait le choix éclairé de refuser la thérapie efficace reconnue, et le fait d'écarter cette thérapie ne leur causera pas de préjudices graves ou irréversibles.

Une nouvelle thérapie ou intervention devrait généralement être comparée à une thérapie efficace reconnue. Dans un essai clinique contrôlé randomisé, un groupe placebo est acceptable sur le plan de l'éthique uniquement si :

- a. son utilisation est valable sur le plan scientifique et sur le plan méthodologique pour établir l'efficacité théorique ou l'innocuité de la thérapie ou de l'intervention expérimentale;
- b. cette utilisation ne menace pas la sécurité ni la santé des participants;
- c. le chercheur fournit au [Comité d'éthique de la recherche] une justification scientifique probante pour l'utilisation d'un groupe placebo;
- d. les principes généraux du consentement sont respectés et les participants ou leurs tiers autorisés sont expressément informés (article 3.2) :
  - o de toute intervention ou thérapie qui sera supprimée ou suspendue dans le cadre de la recherche;
  - o des conséquences attendues du retrait ou de la suspension de l'intervention ou de la thérapie.

D'autre part, l'utilisation des placebos dans le domaine des essais cliniques est également encadrée par Santé Canada, qui s'est engagé à mettre en œuvre les directives de la Conférence internationale sur l'harmonisation<sup>60</sup>. Notons que l'Association canadienne de protection médicale recommande de suivre les lignes directrices de l'ETCP 2 et rappelle que l'une des conditions pour l'obtention d'un consentement valide à l'étude clinique est que le participant soit informé, en amont, de la possibilité de recevoir un placebo au cours du projet de recherche<sup>61</sup>.

À une époque où l'on met dorénavant l'accent sur l'exigence d'une information préalable<sup>62</sup>, la question du placebo en clinique prend une nouvelle dimension. Cette pratique entre potentiellement

---

<sup>60</sup> SANTÉ CANADA, *Ligne directrice – E10 : Choix d'un groupe témoin et questions connexes dans le cadre des essais cliniques*, 2011, en ligne < <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/demandes-presentations/lignes-directrices/international-conference-harmonisation/efficacite/choix-groupe-temoin-questions-connexes-cadre-essais-cliniques-theme.html> >. Bien que l'Initiative nationale sur les placebos ait tenté de consolider l'EPTC et la ligne directrice de Santé Canada, les deux organismes ne s'entendaient pas sur le rapport final. Santé Canada craignait que la mise en œuvre de l'EPTC ne restreigne davantage l'usage du placebo.

<sup>61</sup> ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, « Questions médico-légales à considérer à l'égard des contrats de recherche clinique », *ACPM*, en ligne : < <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/membership/protection-for-members/principles-of-assistance/medico-legal-issues-to-consider-with-clinical-research-contracts> >. Voir aussi Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4<sup>e</sup> éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2017, EYB2017ICS11, n° 252 (La référence) citant Ian KENNEDY, « The Law and Ethics of Informed Consent and Randomized Controlled Trials », dans *Treat Me Right : Essays in Medical Law and Ethics*, Oxford, Clarendon Paperbacks, 1988, p. 221 ; P. DE DEYN et R. D'HOOGE, « Placebos in Clinical Practice and Research », (1996) 22 *J. Med. Ethics* 140, 141 ; G. SHARPE et D. WEISTUB, « The Ethics of Deception in Biomedical Research », (1996) 16 *Health L. Can.* 101, 109, à la note 37.

<sup>62</sup> Jean MARTIN, « La prescription de placebo, question éthique délicate », (2012) 93 (31-32) *Bull Med Suisses* 1150.

en conflit avec l'obligation du clinicien d'éclairer sincèrement le patient sur le traitement proposé<sup>63</sup> et, par le fait même, porterait atteinte au droit au respect de l'autonomie et de la dignité du malade<sup>64</sup>. En limitant possiblement le droit du patient d'effectuer des choix autonomes<sup>65</sup>, celui-ci se verrait privé de la possibilité de prendre part activement à l'objectif d'amélioration de son état de santé et d'occuper un rôle de premier plan dans la mise en œuvre de son plan de traitement<sup>66</sup>. Le réel dilemme moral auquel est confronté le soignant apparaît lorsque l'effet placebo est pourtant susceptible d'entraîner des effets positifs sur la santé générale du soigné et, comme en recherche, lorsqu'il n'existe aucun traitement efficace reconnu.

La littérature récente a détourné la question en étudiant leur potentiel thérapeutique en dépit de la suppression de l'élément mensonger<sup>67</sup>. Les discussions portent dorénavant sur la modulation du dialogue patient-médecin et la contextualisation du consentement libre et éclairé. Plus encore, on s'interroge dorénavant à savoir quelle interprétation de l'autonomie individuelle devrait prévaloir dans la relation soignant-soigné<sup>68</sup>. Des questions spécifiques, comme l'exigence de divulguer de façon explicite l'existence du placebo au patient, demeurent des sujets controversés<sup>69</sup>. Ces préoccupations seront traitées au chapitre 3 du présent essai.

### 1.3. Le pouvoir thérapeutique du placebo

Le placebo est potentiellement la médication qui a été la plus prescrite à travers l'histoire médicale<sup>70</sup>. Malgré le débat entourant la légitimité du mensonge thérapeutique, le recours à cette pratique demeure encore aujourd'hui bien fréquent<sup>71</sup> et a été documenté dans plusieurs États. Par

---

<sup>63</sup> P.-H. KELLER, A. GIROUX-GONON et F. GONON, préc., note 15, 333.

<sup>64</sup> *Id.*; Marshall B. KAPP, « Placebo Therapy and the Law: Prescribe with Care », (1982) 8-4 *Am J L & Med* 371, 378; Nada GLIGOROV, « Telling the Truth About Pain: Informed Consent and the Role of Expectation in Pain Intensity », (2018) 9(3) *AJOB Neuroscience* 173; F. G. MILLER et L. COLLOCA, préc., note 20.

<sup>65</sup> B. FODDY, préc., note 19, 8.

<sup>66</sup> M. B. KAPP, préc., note 64.

<sup>67</sup> M. S. DAUBER, préc., note 6, 203.

<sup>68</sup> *Id.*

<sup>69</sup> M. S. DAUBER, préc., note 6, 203.

<sup>70</sup> A. K. SHAPIRO, E. SHAPIRO, préc., note 11; A. GOLD et P. LICHTENBERG, préc., note 4, 219.

<sup>71</sup> P.-H. KELLER, A. GIROUX-GONON et F. GONON, préc., note 15, 333; L. COLLOCA, P. ENCKD et D. DEGRAZIAE, préc., note 32, 1590; A. GOLD et P. LICHTENBERG, préc., note 4; I. SAGY *et al.*, préc., note 33; Kartik SHAH, Dhaval PANCHAL, Bhavesh VYAS et Varsha PATEL, « Use of placebo: knowledge, attitude and practice among medical practitioners », (2009) 63(10) *Indian J Med Sci*. 472.

exemple, aux États-Unis, deux enquêtes menées auprès de rhumatologues et généralistes montrent qu'environ 55% de ces médecins y ont régulièrement recours dans leur pratique<sup>72</sup>. Similairement, au Royaume-Uni, 77% des médecins généralistes répondants admettent avoir recours à un placebo au moins une fois par semaine et, au Danemark, 86% admettent y avoir recours au moins une fois par année<sup>73</sup>.

Au Canada, comme nous l'avons indiqué précédemment, il existe peu de données sur l'utilisation du placebo en médecine clinique chez les praticiens canadiens. Selon un recensement du Dr Raz et son équipe de l'Université McGill effectué en 2011, environ 20% des 657 praticiens répondants utilisaient cette approche dans leur pratique clinique courante<sup>74</sup>. En 2015, toujours selon le Dr Raz et ses collaborateurs, ce pourcentage était estimé à 23% ( $\pm 7\%$ )<sup>75</sup>. Parmi les répondants, 60% des psychiatres étaient en accord ou fortement en accord avec la conclusion que les placebos ont une efficacité clinique, contrairement à moins de 45% chez les autres spécialistes et généralistes<sup>76</sup>.

Les praticiens doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possible<sup>77</sup> et fonder leurs interventions sur des données de la science médicale<sup>78</sup>. En l'espèce, le

---

<sup>72</sup> Andrea W.M. EVERS, Luana COLLOCA, Charlotte BLEASE, Marco ANNONI, Lauren Y. ATLAS, Fabrizio BENEDETTI, Ulrike BINGEL, Christian BÜCHEL, Claudia CARVALHO, Ben COLAGIURI, Alia J. CRUM, Paul ENCK, Jens GAAB, Andrew L. GEERS, Jeremy HOWICK, Karin B. JENSEN, Irving KIRSCH, Karin MEISSNER, Vitaly NAPADOW, Kaya J. PEERDEMAN, Amir RAZ, Winfried RIEF, Lene VASE, Tor D. WAGER, Bruce E. WAMPOLD, Katja WEIMER, Katja WIECH, Ted J. KAPTCHUK, Regine KLINGER et John M. KELLEY, « Implications of Placebo and Nocebo Effects for Clinical Practice: Expert Consensus », (2018) 87 *Psychother Psychosom* 204. Voir aussi Sara CHANDROS HULL, Luana COLLOCA, Andrew AVINS, Nancy P. GORDON, Carol P. SOMKIN, Ted J. KAPTCHUK et Franklin G. MILLER, « Patients' attitudes about the use of placebo treatments: telephone survey », (2013) 347 *BMJ (Clinical research ed.)*; Rachel KERMEN, John HICKNER, Howard BRODY, Irma HASHAM, « Family physicians believe the placebo effect is therapeutic but often use real drugs as placebos », (2010) 42(9) *Fam Med* 636; Jon C. TILBURT, Ezekiel J. EMANUEL, Ted J. KAPTCHUK, Farr A. CURLIN, Franklin G. MILLER, « Prescribing placebo treatments: results of national survey of us internists and rheumatologists », (2008) 337 *BMJ* 1938.

<sup>73</sup> *Id.* Voir aussi C. BLEASE, L. COLLOCA et T. J. KAPTCHUK, préc., note 13, 408 ; Jeremy HOWICK, Felicity L. BISHOP, Carl HENEGHAN, Jane WOLSTENHOLME, Sarah STEVENS, F.D. Richard HOBBS, George LEWITH, « Placebo use in the United kingdom: results from a national survey of primary care practitioners », (2013) 8(3) *PLoS One*.

<sup>74</sup> Amir RAZ, Natasha CAMPBELL, Daniella GUINDI, Christina HOLCROFT, Catherine DÉRY et Olivia CUKIER, « Placebos in clinical practice: comparing attitudes, beliefs, and patterns of use between academic psychiatrists and nonpsychiatrists », (2011) 58 *Can J Psychiatry* 198. Voir aussi Corey S. HARRIS et Amir RAZ, « Deliberate use of placebos in clinical practice: what we really know », (2012) 38(7) *J Med Ethics* 406.

<sup>75</sup> Corey S. HARRIS, Natasha K.J. CAMPBELL et Amir RAZ, « Placebo Trends across the Border: US versus Canada », (2015) 10(11) *PLoS ONE*.

<sup>76</sup> *Id.*

<sup>77</sup> Art. 44, 47, *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, chapitre M-9, r. 17 (ci-après « CDM »).

<sup>78</sup> A. GOLD et P. LICHTENBERG, préc., note 4, 220.

pouvoir thérapeutique des placebos est largement documenté<sup>79</sup> et visualisable par résonance magnétique<sup>80</sup>. Ces techniques d'imagerie ont permis de capter les aires cérébrales et les réseaux de neurones activés simultanément<sup>81</sup>. Notamment, chez les patients atteints de Parkinson, l'amélioration de la performance motrice induite par le placebo s'est objectivée par la libération de dopamine des neurones toujours intacts<sup>82</sup>.

En outre, les placebos se sont avérés efficaces chez certains patients dans le traitement du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (ci-après « TDAH »)<sup>83</sup>, de la dépression<sup>84</sup>, l'anxiété<sup>85</sup>, la douleur<sup>86</sup>, la fatigue<sup>87</sup>, le mal de tête<sup>88</sup> et le syndrome du côlon irritable<sup>89</sup>. Quant à cette dernière

---

<sup>79</sup> A. J. KOLBER, préc., note 5, 87; H. K. BEECHER, préc., note 42.

<sup>80</sup> A. GOLD et P. LICHTENBERG, préc., note 4, 220; B. FODDY, préc., note 19, 5 ; Helen S. MAYBERG, J. Arturo SILVA, Steven K. BRANNAN, Janet L. TEKELL, Roderick K. MAHURIN, Scott MCGINNIS, Paul A. JERABEK, « The functional neuroanatomy of the placebo effect », (2002) 159(5) *Am J Psychiatry* 728; Predrag PETROVIC, Eija KALSO, Karl Magnus PETERSSON, Martin INGVAR, « Placebo and opioid analgesia—imaging a shared neuronal network », (2002) 295(5560) *Science* 1737; Raul DE LA FUENTE-FERNANDEZ, Thomas J. RUTH, Vesna SOSSI, Michael SCHULZER, Donald B. CALNE, A. Jon STOESSL, « Expectation and dopamine release: mechanism of the placebo effect in Parkinson's disease », (2001) 293 (5532) *Science* 1164; Ulrike BINGEL, Juergen LORENZ, E. D. SCHOELL, Cornelius WEILLER, C. BÜCHEL, « Mechanisms of placebo analgesia: rACC recruitment of a subcortical antinociceptive network », (2006) 120(1-2) *Pain* 8.

<sup>81</sup> P.-H. KELLER, A. GIROUX-GONON et F. GONON, préc., note 15, 330.

<sup>82</sup> *Id.*, R. DE LA FUENTE-FERNANDEZ, préc., note 80. Notons également que des taux élevés de réponse placebo ont été observés chez les patient souffrant de troubles mentaux, voir Mehrul HASNAIN, préc., note 4, citant Arif KHAN et Walter A. BROWN, « Antidepressants versus placebo in major depression: An overview », (2015) 14(3) *World Psychiatry* 294.

<sup>83</sup> À ce sujet, voir Robert T. THIBAUT, Samuel VEISSIÈRE, Jay A. OLSON et Amir RAZ, « Treating ADHD with Suggestion: Neurofeedback and Placebo Therapeutics », (2018) 22(8) *J Atten Disord.* 707.

<sup>84</sup> P.-H. KELLER, A. GIROUX-GONON et F. GONON, préc., note 15, 330, citant Jay C. FOURNIER, Robert J. DERUBEIS, Steven D. HOLLON, Sona DIMIDJIAN, Jay D. AMSTERDAM, Richard C. SHELTON et Jan FAWCETT, « Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis », (2010) 303(1) *JAMA* 47. Dans cet article, il est argumenté que les changements d'activités dans certaines aires cérébrales seraient très similaires qu'ils aient été traités avec un placebo ou avec un antidépresseur. Voir aussi C. R. BLEASE, F. L. BISHOP et T. J. KAPTCHUK, préc., note 14; B. FODDY, préc., note 19, 19; Irvin KIRSCH, « Antidepressants and the placebo effect », (2014) 222(3) *Z Psychol.* 128.

<sup>85</sup> T. L. BEAUCHAMP et J. F. CHILDRESS, préc., note 50; Howard BRODY, *Placebos and the Philosophy of Medicine: Clinical, Conceptual, and Ethical Issues*, Chicago, University of Chicago Press, 1980, p. 10-11; B. FODDY, préc., note 19, 5.

<sup>86</sup> A. J. KOLBER, préc., note 5, 89 citant Jon D. LEVINE et Newton C. GORDON, « Influence of the Method of Drug Administration on Analgesic Response », (1984) 312 *Nature* 755, 755. Voir aussi B. FODDY, préc., note 19, 5 ; C. R. BLEASE, F. L. BISHOP et T. J. KAPTCHUK, préc., note 14; M. S. DAUBER, préc., note 6, 219.

<sup>87</sup> C. R. BLEASE, F. L. BISHOP et T. J. KAPTCHUK, préc., note 14.

<sup>88</sup> T. L. BEAUCHAMP et J. F. CHILDRESS, préc., note 50, p.136 citant H. BRODY, préc., note 85, 10-11.

<sup>89</sup> C. E. FLIK et al., préc., note 18, 2231; T. J. KAPTCHUK et al., préc., note 26; Grégory HUGUES, *Le syndrome de l'intestin irritable : intérêt du microbiote intestinal et place du pharmacien d'officine dans le parcours de soin du patient*, thèse de doctorat, Bordeaux, Faculté des études supérieures, Université de Bordeaux, 2017, p. 130; Sarah BALLOU, Alissa BEATH, Ted J. KAPTCHUK, William HIRSCH, Thomas SOMMERS, Judy NEE, Johanna ITURRINO, Vikram RANGAN, Prashant SINGH, Mike JONES et Anthony LEMBO, « Factors Associated With

condition médicale, une enquête récente atteste du taux de réponse élevé au traitement placebo, soit l'amélioration des symptômes chez approximativement 40% des patients sujets à l'étude<sup>90</sup>. En ce qui concerne le traitement de la douleur, des recherches suggèrent même que les chemins neurologiques empruntés à la suite de la prise du placebo sont similaires à ceux observés en cas d'administration d'analgésiques traditionnels<sup>91</sup>.

Un autre effet positif des placebos a aussi été observé relativement au prolongement des effets d'une médication chimique ou régulière<sup>92</sup>. Les études menées en laboratoires démontrent que l'administration ponctuelle d'un placebo à la suite du traitement reconnu, par exemple en alternance avec une dose de morphine, a pour effet de prolonger le résultat chimique de la composante active dans le temps (réduction de la douleur)<sup>93</sup>. Cela permet en outre de réduire la dépendance et les effets secondaires associés à la prise de médication pharmacologique répétée<sup>94</sup>. L'un des avantages à la prise d'une préparation inerte ou inactive sur la pathologie réside justement dans la réduction ou la suppression des effets secondaires<sup>95</sup>. Par contre, si cette affirmation peut être vraie d'un point de vue pharmacologique, d'autres conséquences indésirables peuvent suivre prise d'un placebo, mais ils seront généralement le fruit d'une attente produite à la suggestion de conséquences indésirables par le médecin ou encore lorsque le patient éprouve ces symptômes même en l'absence de toute intervention<sup>96</sup>. Nous reviendrons sur cette question au chapitre 2 lorsque nous traiterons des risques associés à l'utilisation de cette thérapeutique en médecine clinique.

---

Response to Placebo in Patients With Irritable Bowel Syndrome and Constipation », (2018) 16(11) *Clin Gastroenterol Hepatol* 1738, 1739.

<sup>90</sup> S. BALLOU et al., préc., note 89, 1739. Voir aussi ASSOCIATION DES PATIENTS SOUFFRANT DU SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE, *APSSII et recherche*, 2011, mise à jour avril 2020, en ligne : < <https://www.apssii.org/recherche/index.php> >.

<sup>91</sup> B. FODDY, préc., note 19, 5 citant P. PETROVIC et al., préc., note 80; G. A. HOFFMAN, A. HARRINGTON et H. L. FIELDS, préc., note 21.

<sup>92</sup> Luana COLLOCA, « Informed Consent: Hints From Placebo and Nocebo Research », (2015) 15(10) *The American Journal of Bioethics* 17, 18; L. COLLOCA, P. ENCKD et D. DEGRAZIAE, préc., note 32, 1590.

<sup>93</sup> *Id.* L'étude canadienne sur l'efficacité du placebo dans le traitement du TDAH arrive à une conclusion similaire en ce qui a trait à la prise de médication contre le TDAH en simultané avec une substance inactive : R. T. THIBAUT et al., préc., note 83.

<sup>94</sup> *Id.*

<sup>95</sup> B. FODDY, préc., note 19, 5, 9.

<sup>96</sup> *Id.*, citant H. K. BEECHER, préc., note 42.

Malgré leur potentiel thérapeutique, l'efficacité des placebos doit être relativisée avec le fait qu'il soit pratiquement impossible de savoir si l'amélioration des symptômes est due à leur administration au plutôt au processus naturel d'auto-guérison. Les recherches de Beecher notent à cet égard que certains sujets auraient vu leur condition s'améliorer dans le temps, même en l'absence du placebo<sup>97</sup>.

Il existe également un certain consensus dans la littérature à l'effet qu'ils ne devraient jamais être offerts au patient lorsqu'un traitement reconnu existe<sup>98</sup>, sauf si ledit traitement est indisponible pour des raisons de coûts ou d'approvisionnement<sup>99</sup>, ou lorsque tous les autres traitements reconnus ont été épuisés ou se sont avérés inefficaces<sup>100</sup>. D'ailleurs, dans le domaine de la recherche, l'Association médicale américaine a émis une opinion à l'effet que l'utilisation des placebos est plus difficilement justifiable lorsqu'une autre option de traitement existe<sup>101</sup>.

Notons aussi que l'utilisation des placebos à titre d'outil de convenance pour le praticien, soit notamment pour se débarrasser de patients difficiles, ne fera pas l'objet de cette étude. Mentionnons simplement que la prescription d'un placebo dont l'objectif recherché est non thérapeutique et non nécessaire, par exemple celui de se départir d'un patient anxieux, alors l'intervention se présente comme un détournement réel du mal de vivre vécu par la personne<sup>102</sup>. Non seulement l'état du malade ne nécessite pas de traitement placebo, mais cela peut être dommageable pour sa santé et saper la relation de confiance, car le praticien cherche en réalité à se « débarrasser » de son patient plutôt que de l'aider à retrouver un état de bien-être<sup>103</sup>. Le Dr. Martin Gignac, psychiatre à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, rappelle que le fait de donner un médicament à un

---

<sup>97</sup> Henry K. BEECHER, « The Powerful Placebo », (1955) 159 *JAMA* 1602, 1604.

<sup>98</sup> M. B. KAPP, préc., note 64, 401; Heather SAMPSON, Charles WEIJER et Daryl PULLMAN, « Research governance lessons from the National Placebo Initiative », (2009) 17(2-3) *Health Law Review* 26; J. MARTIN, préc., note 62; A. TELLIER, préc., note 2, 227. Voir aussi David N. WEISSTUB et Simon N. VERDUN-JONES, « Pour une distinction entre l'expérimentation thérapeutique et l'expérimentation non thérapeutique », (1996-97) 27 *R.D.U.S.* 49, 81; Margaret A. SOMERVILLE, « Therapeutic and Non-Therapeutic Medical Procedures - What are the Distinctions? » (1981) 2 *Health L. Can.* 85, 87; R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTEN, préc., note 44, 126.

<sup>99</sup> H. SAMPSON, C. WEIJER et D. PULLMAN, préc., note 99, 26.

<sup>100</sup> J. MARTIN, préc., note 62, 1150 : « [...] si un malade n'est pas soulagé par un traitement d'efficacité prouvée ou si le traitement actif donne lieu à des effets secondaires intolérables, tenter l'usage de placebos est une alternative admissible ».

<sup>101</sup> AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, *AMA Principles of Medical Ethics*, 2016, en ligne : < <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/ethical-use-placebo-controls-research> >.

<sup>102</sup> *Id.*, 100.

<sup>103</sup> T. E. CHAN, préc., note 8, 12, 23.

individu qui a plutôt besoin d'une thérapie envoie parfois un mauvais message et interfère avec l'intervention :

« On veut que le patient s'approprie le trouble dont il souffre. Le fait d'offrir un traitement placebo viendrait interférer avec notre intervention. Prenez un enfant qui a mal à la tête parce qu'il est stressé à l'école. Si on prescrit un placebo pour traiter son mal de tête, on perd toute la notion qu'il y a un travail qui peut être fait sur sa compréhension des causes de ce mal de tête. Notre but devrait être d'aider l'enfant à trouver des stratégies pour gérer son stress à l'école »<sup>104</sup>.

En raison des nombreux enjeux éthiques soulevés<sup>105</sup>, une telle approche par le praticien est fortement découragée ne fera pas l'objet d'une analyse dans le cadre de cet essai. Ainsi, pour les fins de cet essai, nous nous concentrerons plutôt sur l'utilisation du placebo en clinique lorsque qu'il s'agit, dans les circonstances, du seul traitement disponible ou en alternative au « ne rien faire »<sup>106</sup>.

Ceci dit, les placebos demeurent un outil médical d'intérêt pour les maladies comme le syndrome du côlon irritable, dont la cause demeure encore à ce jour inconnue<sup>107</sup> et pour lequel il n'existe aucun traitement effectif reconnu<sup>108</sup>. Dans un cas comme celui-ci, il devient alors opportun, voire nécessaire, d'étudier le cadre juridique et éthique dans lequel s'inscrit la prescription des placebos en clinique.

## **CHAPITRE 2. LA PROTECTION OFFERTE PAR LE DROIT QUÉBÉCOIS CONTRE LE MENSonge THÉRAPEUTIQUE**

### **2.1. Le fondement du consentement aux soins : l'autonomie de la personne**

---

<sup>104</sup> Jean SIAG, « Effet placebo le pouvoir de l'autosuggestion », *LaPresse*, 2016, en ligne : < [https://plus.lapresse.ca/screens/b5f454b7-9592-426b-9ceb-5f6cda5fc0b7\\_7C\\_0.html](https://plus.lapresse.ca/screens/b5f454b7-9592-426b-9ceb-5f6cda5fc0b7_7C_0.html) >.

<sup>105</sup> T. E. CHAN, préc., note 8, 12, 23.

<sup>106</sup> A. TELLIER, préc., note 2, 227.

<sup>107</sup> Magdy EL-SALHY, Jan GUNNAR HATLEBAKK et Trygve HAUSKEN, « Possible role of peptide YY (PYY) in the pathophysiology of irritable bowel syndrome (IBS) », (2020) 79 *Neuropeptides* 1019732.

<sup>108</sup> *Id.*



Le changement de paradigme opéré à l'époque de l'après-guerre, tel que nous l'avons vu, consacre désormais le droit d'une personne majeure de décider de sa destinée et de prendre les décisions qui s'y rapportent, à moins que son jugement ne soit altéré par la maladie et n'affecte sa capacité de prise de décision<sup>109</sup>. Ainsi, le majeur apte peut, entre autres, décider de son mode de vie, établir son lieu d'habitation<sup>110</sup> et faire des choix risqués ou dangereux pour son état de santé<sup>111</sup>.

Tel qu'énoncé au chapitre premier, le principe phare de l'autonomie individuelle a pris le relais du paternalisme médical dans la relation soignant-soigné<sup>112</sup>. Le temps où la médecine imposait un traitement au nom du bien d'un individu, notamment en usant de mensonge ou de faux-semblant, est révolu et cède désormais le pas à la volonté de la personne quant aux traitements auxquels elle désire se soumettre<sup>113</sup>. Aujourd'hui, la société valorise l'autonomie personnelle de chacun, laquelle reflète la capacité de l'individu d'exercer, en l'absence de toute pression extérieure ou ingérence étatique, son libre arbitre et une maîtrise sur l'intégrité de sa personne<sup>114</sup>.

Les atteintes à l'intégrité humaine sont régies par les droits fondamentaux à l'autonomie, à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne, lesquels se consolident par le droit de toute personne de ne pas être soumise à des soins sans son consentement<sup>115</sup>. La Cour d'appel du Québec érige ces principes au rang de valeurs fondamentales du droit québécois en matière de soins<sup>116</sup>, lesquelles sont comprises dans le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité<sup>117</sup>. Les paragraphes suivants nous permettront de cerner les fondements de l'exigence de consentement aux soins, pour ensuite

---

<sup>109</sup> Pierre DESCHAMPS, « Intégrité de la personne », dans JurisClasseur Québec – Coll. « Théma », *Droit des personnes physiques*, fasc. 2, Montréal, LexisNexis Canada, n°45, 2017 (Lad/QL) citant Édith DELEURY et Dominique GOUBAU, *Le droit des personnes physiques*, 5<sup>e</sup> éd., par Dominique GOUBAU, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014, n° 119 (La référence).

<sup>110</sup> *Godbout c. Longueuil (Ville)*, [1997] 3 RCS 844, par. 66.

<sup>111</sup> À ce sujet, voir P. DESCHAMPS, préc., note 109, n° 45; *Centre hospitalier de Chandler c. Cyr*, REJB 2000-17538 (C.S.).

<sup>112</sup> Pierre DESCHAMPS, « L'autonomie personnelle : individuelle ou relationnelle? : Regard sur l'aide médicale à mourir : l'autonomie individuelle est, par essence, relationnelle », (2016) 16(2) *Cahiers francophones de soins palliatifs* 12.

<sup>113</sup> *Id.*

<sup>114</sup> *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*, [2000] 2 R.C.S. 307, par. 54 ; *Carter c. Canada (Procureur général)*, [2015] 1 RCS 331, par. 64 (ci-après « Carter »).

<sup>115</sup> *M.G. c. Pinsonneault*, 2017 QCCA 607, par. 143.

<sup>116</sup> *B. (M.) c. Centre hospitalier Pierre-Le-Gardeur*, [2004] J.Q. no 1711 (C.A.). À ce sujet, voir P. DESCHAMPS, préc., note 109, pp. 43.

<sup>117</sup> *Re Pasqua Hospital and Harmatiuk*, (1988) 42 D.L.R. (4th) 134 (SK CA). La Cour a récemment rappelé qu'il y a toujours lieu de considérer que les préoccupations relatives à l'autonomie et à la qualité de vie relèvent des droits à la liberté et à la sécurité (*Carter*, préc., note 114, par. 62).

déterminer s'ils sont conciliables avec le mensonge thérapeutique inhérent à l'administration d'un placebo en médecine générale.

L'article 10 du *Code civil du Québec* (ci-après « C.c.Q. »)<sup>118</sup> consacre l'inviolabilité de la personne humaine et pose, comme règle fondamentale, la nécessité d'obtenir son consentement libre et éclairé avant qu'un geste de nature médicale ou autre ne soit accompli<sup>119</sup>. Complément nécessaire du droit à l'autodétermination, l'inviolabilité s'oppose à toute atteinte non consentie au corps humain<sup>120</sup>. L'atteinte à l'inviolabilité résulte du fait de tierces personnes, tandis que l'atteinte à l'intégrité peut être le fait de la personne elle-même<sup>121</sup>. Selon les Professeurs Kouri et Nootens : « [...] personne ne met en doute le droit que possède chaque sujet à la protection de son intégrité physique, à son autonomie. Le droit public, comme le droit privé, protège la personne contre les atteintes injustifiées »<sup>122</sup>. Le droit protège donc le corps humain contre les atteintes qui y seraient portées, lesquelles sont circonscrites par divers instruments juridiques d'interprétation stricte<sup>123</sup>.

Bien qu'il n'appartienne pas à l'État de s'immiscer dans les décisions personnelles d'une personne, notons que le législateur sera parfois plus prescriptif et édictera des mesures de sauvegardes obligeant l'observation de certaines conditions ou procédures particulières<sup>124</sup>. Ainsi, certaines restrictions au principe de l'inviolabilité du corps humain sont possibles et sont généralement édictées dans l'intérêt général<sup>125</sup> ou du bien-être collectif. Par exemple, lorsque la santé ou la

<sup>118</sup> *Code civil du Québec*, RLRQ, c. CCQ-1991 (« C.c.Q. »).

<sup>119</sup> Voir aussi art. 3, 11 C.c.Q. ; art. 1 *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ c. C-12.

<sup>120</sup> Édith DELEURY et Dominique GOUBAU, *Le droit des personnes physiques*, 6<sup>e</sup> éd., par Dominique Goubau avec la collaboration d'Anne-Marie Savard, Éditions Yvon Blais, 2019, 1146 p., n°103 (La Référence). Voir aussi P. DESCHAMPS, préc., note 109, pp. 50.

<sup>121</sup> MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC, *Commentaires du ministre de la Justice. Le Code civil du Québec : un mouvement de société*, 3 tomes, Québec, Publications du Québec, 1993, art. 10.

<sup>122</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 71.

<sup>123</sup> *Id.*, n° 66, citant François HÉLEINE, « Le dogme de l'intangibilité du corps humain et ses atteintes normalisées dans le droit des obligations du Québec contemporain », (1976) 36 *R. du B.* 2, 6.

<sup>124</sup> Par exemple, en matière d'aide médicale à mourir, des mesures de sauvegarde sont prévues au par. 241.2(3) du *Code criminel*, L.R.C. (1985), ch. C-46 (« C.cr. »). Notons que la *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, projet de loi n°C-7 (dépôt et 1<sup>re</sup> lecture – 24 février 2020), 1<sup>re</sup> sess., 43<sup>e</sup> légis. (Can.), prévoit de créer deux séries de mesures de sauvegarde additionnelles pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.

<sup>125</sup> R. P. KOURI, préc., note 137, 14, 19-20. Les règles d'ordre public, édictées dans l'intérêt général, revêtent cependant d'un caractère imprécis, fluctuant et incertain eu égard à la protection du corps humain (R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note, par. 65 et É. DELEURY et D. GOUBAU, préc., note 120, n° 451, 474). Elles sont appelées à évoluer au fil du temps. Ce qui était auparavant contraire à l'ordre public peut aujourd'hui être conforme à l'ordre public. À ce titre, pensons au débat judiciaire sur l'aide au suicide. La Cour suprême a d'abord confirmé la

sécurité publique sont menacées, la loi autorise le gouvernement à décréter par règlement un état d'urgence sanitaire et d'ordonner la vaccination de toute ou partie de la population<sup>126</sup>. Nous reviendrons plus tard sur la question de savoir si l'administration d'un traitement placebo est susceptible de constituer une exception aux droits fondamentaux des patients<sup>127</sup>. À ce stade, retenons que le droit à l'inviolabilité, aussi fondamental soit-il, n'est pourtant pas absolu.

L'autonomie individuelle, quant à elle, est aussi protégée par le droit dans la prise de décision d'ordre médical<sup>128</sup>. Bien que l'autonomie de la personne ne soit pas explicitement mentionnée par nos Chartes, la reconnaissance de sa valeur en émerge par le biais de la jurisprudence<sup>129</sup>. Notamment, la Cour suprême du Canada affirmait dans l'arrêt *Morgentaler*<sup>130</sup> que « le respect de la dignité humaine sur lequel la Charte est fondée est le droit de prendre des décisions personnelles fondamentales sans intervention de l'État »<sup>131</sup> et que ce droit, en tant que composante cruciale du droit à la liberté, confère à l'individu une importante marge d'autonomie décisionnelle<sup>132</sup>. Cette reconnaissance constitutionnelle du principe de l'autonomie a aussi été interprétée dans le cadre précis de la prestation de soins, notamment dans l'arrêt *Ciarlariello*<sup>133</sup>, où le juge Cory écrit :

---

validité de la prohibition de l'aide au suicide au nom de la dignité humaine (*Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 RCS 519, p. 560). Près de vingt ans plus tard, elle est revenue sur sa décision et a déclaré inconstitutionnelles les dispositions prohibant l'aide médicale à mourir qui se présentaient aujourd'hui, selon la Cour, comme une négation de la dignité et de la valeur de chaque être humain (*Carter*, préc., note 114, par. 68). Pour plus de détails, voir R. P. KOURI, préc., note 137, p. 16.

<sup>126</sup> *Loi sur la santé publique*, RLRQ, c. S-2.2, art. 118 à 130. Voir à ce sujet É. DELEURY et D. GOUBAU, préc., note 120, n° 103.

<sup>127</sup> Par exemple, dans l'article P. CRUTCHFIELD, T. GIBB et M. REDINGER, préc., note 3, les auteurs militent en faveur de la création d'une nouvelle d'exception dite « the placebo exception ». D'autres auteurs se portent à la défense des placebos en clinique, voir notamment A. J. KOLBER, préc., note 5 et B. FODDY, préc., note 19.

<sup>128</sup> *Carter*, préc., note 114, par. 66-67.

<sup>129</sup> *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, préc., note 125, à la p. 564. À ce sujet, voir Audrey FERRON PARAYRE, *Donner un consentement éclairé à un soin : réalité ou fiction ? Exploration de l'effectivité du consentement éclairé aux soins*, thèse de doctorat, Montréal, Faculté des études supérieures, Université de Montréal, 2018, p. 57 ; François DUPIN, « Réflexions sur l'acception juridique de l'autonomie » dans S. F. C. B. Q., vol. 261, *Autonomie et protection, Développements récents* (2007), Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, p. 161 à la p. 163.

<sup>130</sup> *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 RCS 30. Dans cette affaire, il a été établi que l'autonomie de la femme enceinte comprend en outre le droit d'interrompre une grossesse. Dans *Daigle c. Tremblay*, [1989] 2 R.C.S. 530, il a été affirmé que, au nom de l'autonomie de la mère, le père du fœtus ne saurait s'immiscer dans la décision de celle-ci de subir un avortement. Dans *Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg c. G. (D.F.)*, [1997] 3 R.C.S. 925, le principe d'autodétermination a aussi servi d'assise à la conclusion qu'une femme enceinte ne peut être hospitalisée contre son gré même si elle s'adonnait à l'inhalation de vapeurs de colle.

<sup>131</sup> *Id.*, par. 228.

<sup>132</sup> *Id.*

<sup>133</sup> Cf. *Ciarlariello c. Schacter*, [1993] 2 R.C.S. 119.

N'oublions pas que tout patient a droit au respect de sa personne, ce qui comprend le droit de décider si, et dans quelle mesure, il acceptera de se soumettre à des actes médicaux. Chacun a le droit de décider de ce qu'on pourra faire subir à son corps et, partant, de refuser un traitement médical auquel il n'a pas consenti<sup>134</sup>.

En somme, le droit de refuser un traitement médical non désiré est fondamental pour la protection de la dignité et de l'autonomie d'une personne<sup>135</sup> et nous avons décidé que le respect des volontés clairement exprimées par une personne majeure apte est essentiel, même lorsque ces volontés peuvent sembler déraisonnables ou insensées dans certaines circonstances<sup>136</sup>. Cette liberté d'action en matière médicale a d'ailleurs été renforcée dans les dernières années et va dorénavant jusqu'à permettre à l'individu de prendre certaines des décisions au péril de sa vie ou menant à sa mort<sup>137</sup>. Le majeur apte peut en outre refuser d'être nourri et hydraté<sup>138</sup> ou, pour quelconques motivations personnelles, notamment religieuses, refuser une transfusion sanguine nécessaire à sa survie<sup>139</sup>. D'autre part, en accordant une valeur légale aux directives médicales anticipées, le législateur québécois cristallise, du moins en théorie<sup>140</sup>, le droit fondamental à l'autodétermination en fin de vie. En effet, la *Loi concernant les soins de fin de vie*<sup>141</sup> offre à une personne majeure apte la possibilité de faire connaître à l'avance ses volontés contraignantes relativement à certains soins

---

<sup>134</sup> *Id.*, p. 135. Voir aussi *Engel c. Salyn*, [1993] 1 R.C.S. 306, à la p. 315. En droit anglais, voir *Sidaway v. Bethlem Royal Hospital Governors*, [1985] 1 All E.R. 643, à la p. 666 (H.L.) (Lord Templeman); *Re T (adult : refusal of treatment)*, [1992] 4 All E.R. 649, [1992] 3 W.L.R. 782 (C.A.); *Re C (adult : refusal of medical treatment)*, [1994] 1 All E.R. 819.

<sup>135</sup> *Starson c. Swayze*, [2003] 1 RCS 722, par. 75. Notons que le refus de soins avait été consolidé par la Cour supérieure du Québec en 1992 dans *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.) et *Manoir de la Pointe Bleue c. Corbeil*, [1992] R.J.Q. 712 (C.S.). Pour une analyse plus complète sur le droit de refus de soins, voir A. FERRON PARAYRE, préc., note 129, p. 59.

<sup>136</sup> Nathalie LECOQ, « Le refus injustifié de soins de santé : en quête d'un plus grand respect des personnes vulnérables », dans S.F.C.B.Q., vol. 424, *La protection des personnes vulnérables*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2017, p. 157.

<sup>137</sup> Pour plus de détails, consulter É. DELEURY et D. GOUBAU, préc., note 120, n°146 ; P. DESCHAMPS, préc., note 109, pp. 43 ; Robert P. KOURI, *L'autonomie de la personne : d'hier à aujourd'hui*, dans 13<sup>e</sup> Conférences Roger-Comtois, Montréal, Éditions Thémis, 2016, 28p., p. 8.

<sup>138</sup> Voir par exemple, *Pierre-Boucher c. Van Landschoot*, 2014 QCCS 4284.

<sup>139</sup> C'est notamment le cas chez les Témoins de Jéhova. À ce sujet, consulter Robert P. KOURI et Charlotte LEMIEUX, « Les témoins de jéhovah et le refus de certains traitements : problèmes de forme, de capacité et de constitutionnalité découlant du Code civil du Québec », (1995) 26 *R.D.U.S.* 77.

<sup>140</sup> Pour une critique du régime de directives médicales anticipées, voir Louise BERNIER et Catherine RÉGIS, « Regard critique sur le régime québécois des directives médicales anticipées comme véritable consécration de l'autonomie », (2017) 62 *RGDM* 35 ; Robert P. KOURI, « Les Directives Médicales Anticipées, une Œuvre Perfectible », dans Catherine RÉGIS, Vincent GAUTRAIS et Laurence LARGENTÉ (dirs.), *Mélanges en l'honneur du professeur Patrick A. Molinari*, vol. 25, n°1, Montréal, Éditions Thémis, 2020, p. 171.

<sup>141</sup> RLRQ, c. S-32.0001.

médicaux qu'elle souhaiterait ou non qu'on lui administre advenant son incapacité<sup>142</sup>. Les directives médicales anticipées constituent un outil permettant de prolonger l'autonomie des personnes aptes au moment où elles deviennent inaptes et reflète l'importance du droit de l'individu à la maîtrise de son corps tout au long de sa vie, y compris lorsqu'il serait devenu incapable de juger ou d'exprimer ses volontés.

Plus récemment, la Cour suprême du Canada a fait un pas de plus dans l'interprétation de l'autonomie individuelle en reconnaissant que le majeur apte, qui remplit les conditions d'admissibilité prescrites par la loi, peut demander qu'on lui administre l'aide médicale à mourir pour mettre un terme à ses souffrances constantes, intolérables et inapaisables<sup>143</sup>. Dans l'arrêt *Carter*<sup>144</sup>, la Cour a reconnu que l'article 7 de la *Charte canadienne*<sup>145</sup> comprend la liberté de renoncer au droit à la vie en certaines circonstances<sup>146</sup>. Ainsi, la liberté de tout individu d'exercer son droit à l'autodétermination de façon à disposer de sa vie comme il l'entend l'emporte aujourd'hui sur le jugement du médecin<sup>147</sup>. Cet arrêt de la Cour Suprême témoigne d'une volonté claire de changement de mœurs à l'effet que le majeur apte n'est plus seulement l'expert de sa vie, mais également de sa propre mort<sup>148</sup>. Il s'agit d'un pas supplémentaire dans l'affirmation du principe phare de l'autonomie de la personne.

*A priori*, l'administration d'un placebo sans l'autorisation préalable du patient enfreint le droit à l'autonomie<sup>149</sup> et à l'inviolabilité, incluant précisément le droit de toute personne de ne pas être soumise à des soins sans son consentement. Le mensonge thérapeutique traditionnellement inhérent aux placebos prive le patient de la liberté de choisir ses préférences thérapeutiques, ou

---

<sup>142</sup> *Id.*, art. 51ss.

<sup>143</sup> L'arrêt *Carter* (préc., note 114) marque la légalisation de l'aide médicale à mourir et du suicide assisté au Canada.

<sup>144</sup> *Carter*, préc. note 114. Dans cette affaire, la Cour avait à mettre en balance des valeurs opposées, à savoir l'autonomie et la dignité d'un majeur apte qui cherche un remède à des problèmes de santé irrémédiables, le caractère sacré de la vie et la nécessité de protéger les personnes vulnérables.

<sup>145</sup> *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, c. 11 (R.-U.)].

<sup>146</sup> Karine MILLAIRE, « Le concept d'autonomie dans l'arrêt *Carter c. Canada* : Au-delà du libre choix », (2017) 63(2) *R. D. McGill* 28, 306.

<sup>147</sup> P. DESCHAMPS, préc., note 112, 19.

<sup>148</sup> Pour plus de détails, voir R. P. KOURI, préc., note 137, p. 13.

<sup>149</sup> Dans le cas des traitements placebos, notons que l'exercice de l'autonomie individuelle se déploie dans le cadre de la prestation de soins, ce qui implique que la démarche de consentement aux soins ne s'exerce pas « [...] en vase clos mais dans le cadre d'une multitude de relations où l'intérêt de tous et chacun doit être pris en considération » (P. DESCHAMPS, préc., note 112, 19). Nous reviendrons sur la notion d'autonomie relationnelle au chapitre 3.

pire, de celle de refuser un traitement médical non souhaité. Il semble qu'on ne puisse, *a priori*, légitimement accepter une attitude paternaliste du médecin traitant qui impliquerait de maintenir le patient dans l'ignorance, parce que selon son appréciation et jugement professionnels le placebo se présente comme le traitement approprié eu égard à la condition particulière de son patient. Cette approche irait à l'encontre du droit du soigné d'exprimer et de faire respecter son autonomie individuelle, même si ses choix personnels vont à l'encontre de son bien-être ou de sa santé.

Il ressort de ce bref état des lieux sur les principes d'autonomie et d'inviolabilité de la personne que, dans le domaine des soins de santé, ces principes n'ont cessé de gagner en importance au Québec et au Canada. L'administration des traitements placebos en médecine clinique doit prendre acte de cette évolution des mentalités qui consacre désormais une place privilégiée aux patients dans leurs décisions de soins, laquelle se traduit par l'exigence de consentement libre et éclairé.

## 2.2. Qualités du consentement valide

La Cour d'appel du Québec enseigne que le consentement de l'individu constitue la clef de voûte aux droits à la liberté, à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne dans la prestation de soins<sup>150</sup>. Par définition, le consentement s'entend par l'« accord donné par une personne à une proposition »<sup>151</sup>. Consentir aux soins implique donc que le patient, sur la base de sa seule volonté, accepte que des soins médicaux lui soient prodigués<sup>152</sup>. L'autonomie de la personne, comme nous venons de le voir, constitue par ailleurs un fondement juridique justifiant également que le patient refuse ou renonce à un soin<sup>153</sup>. Le concept de l'autonomie se trouve non seulement en droit, au

---

<sup>150</sup> J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2018 QCCA 378, par. 35.

<sup>151</sup> Hubert REID, Dictionnaire de droit québécois et canadien, 5<sup>e</sup> éd., révisée, Montréal, Wilson & Lafleur, 2016, « consentement », en ligne : < <https://dictionnaireid.caij.qc.ca/recherche#q=consentement&t=edictionnaire&sort=relevancy&m=detailed> > (JuriBistro eDICTIONNAIRE).

<sup>152</sup> COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET BARREAU DU QUÉBEC, « Le médecin et le consentement aux soins », *Publication du Collège des médecins du Québec*, 2018, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf> >, p. 13.

<sup>153</sup> Pour une analyse plus complète de l'autonomie en tant que composante du droit à l'information, voir T. L. BEAUCHAMP et J. F. CHILDRESS, préc., note 50, p. 129 ; Karine MILLAIRE, « La renonciation aux droits et libertés et le consentement libre et éclairé : fondements, exigences et incertitudes », (2020) 78 *R. du B.* 39, 69 ; Marlène CADORETTE, *Le consentement libre et éclairé de la parturiente en droit québécois : L'accouchement comme contexte d'évitement du respect de l'autonomie*, Québec, Faculté des études supérieures, Université Laval, 2006, à la p 6.

cœur des règles relatives au consentement aux soins, mais aussi en matière d'éthique biomédicale<sup>154</sup>. Dans ces deux domaines, la licéité de l'atteinte portée au corps humain est liée à l'autorisation préalable donnée ou non par l'individu<sup>155</sup>.

Sur la notion de soins, les *Commentaires du ministre de la Justice* précisent que cela couvre « toutes espèces d'examens, de prélèvements, de traitements ou d'interventions, de nature médical, psychologique ou social, requis ou non par l'état de santé, physique ou mentale »<sup>156</sup>. La Cour d'appel note que cela est extrêmement large et englobant, comprenant l'ensemble des interventions médicales sur la personne humaine sans égard à leur finalité<sup>157</sup>. Soulignons que les tribunaux québécois n'ont pas spécifiquement eu, à ce jour, à se prononcer sur la question de savoir si l'utilisation des placebos en médecine générale entre dans la notion de soins. Toutefois, sont compris dans notion de soins les traitements par injection<sup>158</sup>, les gélules et comprimés oraux<sup>159</sup>, lesquels constituent les principaux moyens d'administration des placebos<sup>160</sup>. Contrairement à l'homéopathie dont l'efficacité est non avérée scientifiquement<sup>161</sup>, l'efficacité de l'utilisation des placebos en médecine générale est, pour sa part, largement documentée, comme nous l'avons vu

<sup>154</sup> A. FERRON PARAYRE, préc., note 129, p. 56.

<sup>155</sup> É. DELEURY et D. GOUBAU, préc., note 120, n°111; A. FERRON PARAYRE, préc., note 129, p. 25.

<sup>156</sup> MINISTÈRE DE LA JUSTICE, préc., note 121, art. 11, p. 12. Il est aussi précisé que la notion de soins couvre également l'hébergement en établissement de santé lorsque la situation l'exige.

<sup>157</sup> *Lacasse c. Lefrançois*, 2007 QCCA 1015, par. 70 ; R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 303. Voir également Jean-Louis BAUDOUIN et Yvon RENAUD, *Code civil du Québec annoté* (2020), t. 1, 23<sup>e</sup> éd., Montréal, Wilson et Lafleur, 2020 ; P. DESCHAMPS, préc., note 109, pp. 17.

<sup>158</sup> Voir par exemple *Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Hôpital Hôtel-Dieu d'Amos) c. M.G.*, 2020 QCCS 2289 ; *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. G.H.*, 2020 QCCS 2200 ; *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS) c. S.P.*, 2020 QCCS 598 ; *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean c. S.G.*, 2019 QCCS 5652.

<sup>159</sup> Voir par exemple *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean c. M.O.*, 2019 QCCS 3531 ; *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean c. F.S.*, 2018 QCCS 5909 ; *Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda c. M.B.*, 2013 QCCS 5893.

<sup>160</sup> Anne HÉRON, Martine TACHEAU et Edouard CREPIN, « Placebo et pratiques professionnelles en soins infirmiers à l'hôpital », (2019) 68 *La revue de l'infirmière* 42, 44 ; T. E. CHAN, préc., note 8, 3.

<sup>161</sup> Il est d'ailleurs suggéré que les effets cliniques de l'homéopathie sont en réalité le fait des placebos (Aijing SHANG, Karin HUWILER-MÜNTENER, Linda NARTEY, Peter JÜNI, Stephan DÖRIG, Jonathan AC STERNE, Daniel PEWSNER et Matthias EGGER, « Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy », (2005) 366(9487) *Lancet* 726). Voir aussi Philippe CASASSUS, « Homéopathie et placebo (de Hahnemann à l'EBM) », (2018) 14(9) *Médecine* 397 ; Robert T. MATHIE, Nitish RAMPARSAD, Lynn A. LEGG, Jürgen CLAUSEN, Sian MOSS, Jonathan R. T. Davidson, Claudia-Martina MESSOW et Alex MCCONNACHIE, « Randomised, double-blind, placebo-controlled trials of non-individualised homeopathic treatment: systematic review and meta-analysis », (2017) 6(63) *Systematic Reviews* ; Mark LOEB, Margaret L. RUSSELL, Binod NEUPANE, Vitheya THANABALAN, Pardeep SINGH, Jennifer NEWTON et Eleanor PULLENAYEGUM, « A randomized, blinded, placebo-controlled trial comparing antibody responses to homeopathic and conventional vaccines in university students », (2018) 36 *Vaccine* 7423.

au chapitre premier. Ainsi, suivant ces considérations générales, l'utilisation d'un placebo en clinique pourrait vraisemblablement entrer dans la notion de soins et, en conséquence, être assujettie à l'exigence d'un consentement préalable.

À l'article 11 du *Code civil du Québec*, le législateur québécois cristallise la valeur légale du consentement aux soins :

11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujetti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement<sup>162</sup>.

L'exigence du consentement préalable est également reprise aux articles 9 et 10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après « LSSSS »)<sup>163</sup>. L'article 10 LSSSS renforce la protection de l'autonomie individuelle en consacrant le droit du patient de prendre part à toute décision concernant son état de santé et de participer à l'élaboration de son plan d'intervention.

En droit professionnel, le *Code de déontologie des médecins* prévoit, sauf urgence, l'obligation du médecin d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant avant d'entreprendre un acte médical<sup>164</sup>. Ce devoir déontologique est non seulement consolidé par l'obligation d'assurer l'expression et l'obtention d'une autorisation préalable, mais également d'en faciliter l'exercice :

29. Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter<sup>165</sup>.

[Nos soulignements]

<sup>162</sup> Art. 11 al. 1 C.c.Q. Cette disposition doit être lue et interprétée avec l'article 10 C.c.Q. qui énonce le principe de l'inviolabilité de la personne.

<sup>163</sup> RLRQ c. S-4.2.

<sup>164</sup> Art. 28 CDM.

<sup>165</sup> Art. 29 CDM.



En somme, la validité du consentement tient essentiellement à trois paramètres : le patient doit être capable de recevoir et de comprendre l'information; il doit être informé par son médecin de sa condition de façon à prendre une décision en pleine connaissance de cause; et il doit être en mesure de prendre une décision et de l'exprimer<sup>166</sup>. Dans les paragraphes qui suivent, nous discuterons de l'arrimage des trois critères du consentement libre et éclairé avec le mensonge thérapeutique associé à l'utilisation du placebo en clinique.

### 2.2.1. Aptitude à consentir

L'article 4 du *Code civil du Québec* édicte une présomption de capacité qui, pour être renversée, exige la preuve d'éléments circonstanciels suffisamment sérieux que la personne est dans l'impossibilité d'apprécier la portée réelle de ses gestes au moment précis où elle doit donner son consentement<sup>167</sup>. Pour tout majeur ou mineur âgé de quatorze ans et plus, il revient d'abord au médecin traitant de déterminer si le patient est apte à consentir<sup>168</sup>. L'évaluation de l'aptitude repose sur un test à cinq volets adopté par les tribunaux québécois<sup>169</sup>. Puisque la présente étude se concentre sur l'administration d'un traitement placebo en clinique auprès d'un patient majeur et apte<sup>170</sup>, il n'y a pas lieu de se livrer à une analyse législative et jurisprudentielle détaillée sur la détermination de l'aptitude à consentir aux soins<sup>171</sup>. Retenons pour les fins de la discussion qu'un

<sup>166</sup> *Institut Philippe Pinel de Montréal c. G. (A.)*, [1994] RJQ 2523 (CA)(requête pour permission d'appeler à la Cour suprême rejetée, [1995] 1 R.C.S. vii), p. 9.

<sup>167</sup> *Bernardelli Pesce c. Tortella-Materazzo*, 2016 QCCS 1409, par. 132 ; *Paré c. Paré*, CAQ 2007 QCCA 517. Pour plus de détails à ce sujet, consulter É. DELEURY et D. GOUBAU, préc., note 120, n° 112 ; Didier LLUELLES et Benoît MOORE, *Droit des obligations*, 2<sup>e</sup> éd., Montréal, Les Éditions Thémis, 2012, p. 482, 483, n° 948.

<sup>168</sup> *Institut Philippe Pinel de Montréal c. G. (A.)*, préc., note 166 p. 18 : « [...] chaque fois que le consentement aux soins doit être obtenu, il faut d'abord déterminer l'aptitude ou l'inaptitude du patient à consentir. Cette tâche relève du médecin traitant ». Voir A. FERRON PARAYRE, préc., note 129, p. 30.

<sup>169</sup> Dans *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais*, [1991] R.J.Q. 1969 (C.S.), p. 1974, le juge Lebel a appliqué le test élaboré dans le *Hospitals Act* de la Nouvelle-Écosse (1989) R.S.N.S., c. 208, art. 52(2)) : La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ?; La personne comprend-elle la nature et le but du traitement ?; La personne saisit-elle les risques qui sont associés au traitement ?; La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement ?; La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie ? Cette approche a reçu l'aval de la Cour d'appel dans *Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.*, préc., note 166. Pour plus de détails sur le cadre législatif portant sur l'aptitude à consentir aux soins, voir Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, « Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé: un concept pour le moins ambigu », (2003) 63(1) *R. du B.* 1.

<sup>170</sup> Des règles particulières s'appliquent au patient mineur, notamment selon que les soins soient requis ou non requis et celui-ci soit âgé de 14 ans et plus ou non. Voir les art. 14, 16 al. 2, 17, 18 C.c.Q.

<sup>171</sup> Pour une analyse complète du sujet, voir R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 219-231 ; É. DELEURY et D. GOUBAU, préc., note 120, n° 112-113.

individu capable de comprendre la nature, le but et les effets d'un traitement médical, de même que les alternatives thérapeutiques et les conséquences d'un refus de soin, sera généralement jugé apte à donner un consentement valide<sup>172</sup>. Il doit de plus être en mesure d'exprimer des choix<sup>173</sup>.

Après avoir déterminé que le patient est apte à consentir, deux autres éléments sont essentiels aux fins d'obtenir un consentement valable : la liberté de la décision et l'information transmise préalablement afin qu'elle soit éclairée.

### 2.2.2. *Liberté de choix*

Le consentement est libre s'il émane réellement de l'individu, c'est-à-dire qu'il est donné en l'absence de contraintes extérieures qui pourraient l'influencer indûment à subir un traitement médical qu'il ne désire pas recevoir<sup>174</sup>. Ceci étant dit, il n'est pas exclu que le praticien puisse se faire insistant et persuasif lorsqu'il en va de l'intérêt du patient<sup>175</sup>. À ce sujet, la Cour d'appel note que « [L]'insistance et la persuasion ne doivent toutefois pas dépasser un certain seuil, qui ne saurait être très élevé, sans quoi [...] elles risquent fort de se transformer en une négation du droit de refus et de devenir une astreinte »<sup>176</sup>. Cette affirmation est importante aux fins de l'acceptabilité éthique et juridique de l'utilisation des placebos en médecine générale. En effet, tel qu'énoncé précédemment, l'effet placebo est conditionné par l'attente d'efficacité du patient face au traitement proposé, et celle-ci résulte précisément de la suggestion favorable du soignant. Le médecin traitant joue un rôle de persuasion dans le contexte particulier de l'administration de la médication placebo.

---

<sup>172</sup> *Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.*, préc., note 166.

<sup>173</sup> *Starson c. Swayze*, préc., note 135; *M.B. c. Centre hospitalier Pierre-Le-Gardeur*, préc., note 116; *Institut Philippe-Pinel c. A.G.*, préc., note 166. Pour aller plus loin, voir R.P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 218 à 228.

<sup>174</sup> P. DESCHAMPS, préc., note 109, pp. 27.

<sup>175</sup> Michel T. GIROUX, « Contrat thérapeutique et bienveillance exceptionnelle », dans S. F. C. B. Q., vol. 315, *La protection des personnes vulnérables*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2010, p. 23, 36, tel que cité dans É. DELEURY et D. GOUBAU, préc., note 120, n°114. Voir aussi David SHAW et Bernice ELGER, « Evidence-based persuasion: an ethical imperative » (2013) 309(16) *JAMA* 1689; Alisdair MACLEAN, « Autonomy, consent and persuasion » (2006) 13(4) *Eur J Health Law* 321.

<sup>176</sup> *J.M. c. Hôpital Jean-Talon*, préc., note 150, par. 110. Voir É. DELEURY et D. GOUBAU, préc., note 120, n°114.

Néanmoins, nous estimons que ce rôle de suggestion s'harmonise avec les exigences jurisprudentielles du caractère libre, dans la mesure où le professionnel module son discours de manière à ne pas interférer avec le droit de refus du patient. Tout comme c'est possible en cas de prescription d'une médication régulière, le médecin qui administre un placebo peut légitimement souligner les effets positifs à tirer de la thérapie<sup>177</sup>, sans pour autant astreindre le malade à s'y soumettre. Nous croyons qu'un discours qui souligne la confiance du médecin en l'efficacité de l'intervention, mais qui demeure respectueux face à la liberté de choix du patient de refuser le traitement ou de choisir une alternative thérapeutique<sup>178</sup>, respecte néanmoins l'esprit du consentement « libre ». Même si le caractère libre du consentement est rencontré, l'enjeu lié à l'usage des placebos traditionnels en médecine générale réside principalement dans le fait que le patient est volontairement induit en erreur. Par exemple, dans le cas présenté précédemment par le Dr. Crutchfield, où le patient hospitalisé en unité de soins psychiatriques se fait injecter une formule d'eau saline après que la résidente lui ait délibérément laissé entendre qu'il s'agissait de morphine, il va de soi que la liberté de choix du patient est complètement mise à l'écart. En plus de le priver de la possibilité de faire un choix éclairé sur la médication proposée et les alternatives thérapeutiques, cette tromperie médicale entre potentiellement en conflit avec le droit du patient à l'information.

### *2.2.3. Information requise pour éclairer la prise de décision*

Le consentement est éclairé si le patient détient l'information nécessaire pour prendre une décision en toute connaissance de cause sur son état de santé ou bien-être<sup>179</sup>. Bien informé, il peut légalement refuser des soins<sup>180</sup>, et ce, même si l'intervention proposée se veut dans le meilleur intérêt de celui-ci. Pour Beauchamp et Childress, « L'obligation de révéler l'information aux

---

<sup>177</sup> Une analyse subséquente sur la validité du mensonge thérapeutique eu égard à la nature du traitement (placebo) suivra à la section 2.2.3.2. du présent essai.

<sup>178</sup> Rappelons qu'il existe toutefois un certain consensus dans la littérature à l'effet que les placebos ne devraient jamais être offerts au patient lorsqu'un traitement reconnu existe (voir section 1.3. du présent essai).

<sup>179</sup> *Cantin-Cloutier c. Gagnon*, [2002] R.R.A. 75, REJB 2000-21212 (C.S.) ; *Daigle c. Lafond* (C.S., 2006-09-08), 2006 QCCS 5136. Voir aussi É. DELEURY et D. GOUBAU, préc., note 120, n° 114. Pour une analyse exhaustive sur l'effectivité consentement éclairé au Québec, consulter A. FERRON PARAYRE, préc., note 129.

<sup>180</sup> Le droit de refuser un traitement médical en toute connaissance de cause constitue la finalité de l'obligation d'information (*Chouinard c. Landry*, [1987] RJQ 1954 (CA), p. 1969 et *M.G. c. Pinsonneault*, préc., note 115, par. 144). Pour un complément d'information, voir François TOTH, « Le droit du patient d'être informé : un droit protégé par la Charte des droits et libertés de la personne Chronique en droit de la santé », (1989) 20 *R.D.U.S.*

patients a souvent été présentée comme nécessaire, et parfois comme la seule et unique condition au consentement libre et éclairé »<sup>181</sup>. À cet égard, la Cour d'appel se fait catégorique :

Donner l'information requise (notamment sur le droit de refus) avant de suggérer l'évaluation ou d'y procéder n'est pas une démarche facultative. La question du consentement, écrit la professeure Bernheim, « est indissociable du droit à l'information qui apparaît essentiel et préalable à la réalisation de l'ensemble des droits en jeu » [Emmanuelle BERNHEIM, « Quinze ans de garde en établissement – De l'état des lieux à la remise en question », dans Barreau du Québec, Service de la formation continue, *La protection des personnes vulnérables*, vol. 393, Cowansville, Yvon Blais, 2015, 195, p. 205.], affirmation avec laquelle on ne peut qu'être d'accord. Il est donc nécessaire de fournir une information suffisante pour que la personne soit en mesure de prendre une décision de manière éclairée [...]<sup>182</sup>.

[Nos soulignements]

Le respect de l'autonomie et de l'inviolabilité de la personne suppose ainsi un échange d'information entre les parties ce qui, en plus d'encourager la prise de décision autonome, impose un processus de traitement et de divulgation de l'information respectueux<sup>183</sup>. L'explication fournie au patient ne doit pas viser à convaincre, auquel cas elle porte atteinte au droit de refus de soins, mais doit plutôt viser à l'informer adéquatement afin que ce dernier puisse prendre une décision éclairée<sup>184</sup>.

L'exigence d'information comme outil de mise en œuvre de la liberté de choix se consolide par une obligation déontologique du médecin de veiller à ce que le patient ou son représentant légal ait reçu les renseignements adéquats pour prendre une décision éclairée<sup>185</sup>. La jurisprudence fixe les

<sup>181</sup> T. L. BEAUCHAMP et J. F. CHILDRESS, préc., note 50, p. 129.

<sup>182</sup> *Id.* Voir aussi *Chouinard c. Landry*, préc., note 180.

<sup>183</sup> T. L. BEAUCHAMP et J. F. CHILDRESS, préc., note 50, p. 102.

<sup>184</sup> *Meloche c. Bernier*, 2005 CanLII 6452 (QC CS), par. 47 ; R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 263.

<sup>185</sup> Art. 29 CDM. Dans *M.G. c. Pinsonneault*, préc., note 115, par. 142 : « Le médecin a quatre grandes catégories d'obligations à l'endroit de son patient : (1) obtenir son consentement libre et éclairé, ce qui entraîne de sa part l'obligation de satisfaire à son devoir d'information; (2) poser un diagnostic juste sur la condition du patient; (3) lui prescrire et lui administrer un traitement adéquat; et (4) respecter le secret professionnel ». Sur l'obligation d'information, voir notamment Patrice DESLAURIERS et Emmanuel PRÉVILLE-RATELLE, « La responsabilité médicale et hospitalière » dans *Responsabilité*, Collection de droit 2019-2020, École du Barreau du Québec, vol. 5, 2019 (version électronique). Quant au fait que le médecin doit, pour pouvoir transmettre une information adéquate, lui-même avoir les connaissances nécessaires, et que cela n'est pas toujours le cas, auquel cas il en résulte une négation de l'autonomie du patient, consulter R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n°299 et Victoria DOUDENKOVA et Jean-Christophe BÉLISLE PIPON, « Duty to Inform and Informed Consent in Diagnostic Radiology: How Ethics and Law can Better Guide Practice », (2016) 28 *HEC Forum* 75, 83.

contours de cette obligation incombant aux professionnels, à savoir l'obligation d'information (ou le devoir de renseignement)<sup>186</sup>. D'abord, la qualification des soins entraînera des conséquences significatives sur l'étendue du devoir de renseignement.

### 2.2.3.1. Qualification des soins

À l'article 11 du *Code civil du Québec*, le législateur édicte une distinction fondamentale entre les soins requis et les soins non requis par l'état de santé.

Le législateur s'abstient pourtant de définir les expressions de « soins requis » et de « soins non requis » par l'état de santé. D'emblée, mentionnons que le qualificatif « requis » est plus large que la notion de « thérapeutique »<sup>187</sup>. Ainsi, les soins requis peuvent inclure des actes médicaux qui ne sont pas, *a priori*, thérapeutiques, tels que les soins palliatifs<sup>188</sup> ou la contraception<sup>189</sup>, de même qu'un soin à caractère préventif<sup>190</sup>. La catégorisation des traitements de type placebo n'a pas été traitée par la jurisprudence. Ainsi, avant d'étayer notre raisonnement sur la qualification du placebo, nous devons d'abord présenter un état des lieux sommaire sur la question.

---

<sup>186</sup> La Cour suprême a rendu une série d'arrêts de principe à la suite de pourvois provenant des provinces de common law. Dans *Hopp c. Lepp*, [1980] 2 SCR 192, la Cour suprême est venue préciser les principes du devoir d'information du médecin, tandis que dans l'arrêt *Reibl c. Hughes*, [1980] 2 R.C.S. 880, elle a énoncé le principe applicable en matière du lien de causalité entre la faute et le préjudice. Voir aussi l'arrêt *Arndt c. Smith*, [1997] 2 R.C.S. 539. Pour une revue de ces arrêts, consulter P. DESLAURIERS et E. PRÉVILLE-RATELLE, préc., note 185, p. 9 (CAIJ). La réception, dans la tradition civiliste, des paramètres du devoir d'information de la common law demeure divisée en jurisprudence (voir par exemple *Shea c. McGovern*, [1989] R.R.A. 341, EYB 1989-181747 (C.S.), conf. pour d'autres motifs par J.E. 94-1419, EYB 1994-55817 (C.A.) et *Weiss c. Solomon*, [1989] R.J.Q. 731, EYB 1989-95790 (C.S.)) et en doctrine (par exemple, voir Robert P. KOURI, « L'influence de la Cour suprême sur l'obligation de renseigner en droit médical québécois », (1984) 44 *R. du B.* 851, 868 ; Louise POTVIN, *L'obligation de renseignement du médecin. Étude comparée de droit québécois, français et du common law canadien*, coll. Minerve, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1984, p. 48 et 49).

<sup>187</sup> Robert P. KOURI, « Le consentement aux soins : aperçu général et quelques questions controversées », (2011) 2 *C.P. du N.* 1 ; Isabelle COURNOYER, « Autorisation de traitement » dans Mélanie BOURASSA-FORCIER et Anne-Marie SAVARD (dirs.), *Droit et politiques de la santé*, Montréal, LexisNexis Canada, 2014, 1074 p., 2e éd. (2018), p. 811, 812.

<sup>188</sup> *Id.*

<sup>189</sup> *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. J.T.*, 2008 QCCS 3867, par. 30. Voir aussi *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. S.G.*, 2016 QCCS 5880 ; *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. E.C.*, 2016 QCCS 170.

<sup>190</sup> *Curateur public du Québec c. R. (É.)*, [1999] R.D.F. 59, REJB 1998-09958 (C.S.), p. 62, 63.

On entend généralement par soin requis par l'état de santé, un acte qui vise à soulager les souffrances, à corriger une déficience physique ou psychologique, à améliorer la qualité de vie, à assurer la survie ou à préserver l'intégrité d'une personne<sup>191</sup>. Les auteurs Kouri et Nootens dans leur ouvrage de référence *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins* stipulent que la notion comprend les « actes ou interventions en vue de prévenir, soigner ou pallier un état pathologique ou à une infirmité »<sup>192</sup>, mais aussi ceux qui, dans une situation donnée, s'avèrent « utiles et cherchent à procurer une amélioration de l'état de santé de l'individu, à éviter une détérioration ou encore à assurer son confort »<sup>193</sup>. Plus précisément, le professeur Kouri est d'avis que certains soins dits « opportuns », c'est-à-dire bénéfiques ou utiles<sup>194</sup> sans être absolument nécessaires pour la santé, devraient être compris dans la notion de soins exigés par l'état de santé<sup>195</sup>. À titre d'exemple, les tribunaux ont entre autres statué que l'alimentation et l'hydratation<sup>196</sup>, la vaccination<sup>197</sup> et l'hébergement permettant l'administration des traitements<sup>198</sup> s'inscrivaient dans le cadre de la prestation de soins requis.

*A contrario*, les soins non requis par l'état de santé sont les interventions qui ont un objectif autre que celui d'améliorer la santé de la personne, d'éviter une détérioration ou d'assurer le confort<sup>199</sup>. Les actes médicaux qui ne sont pas exigés par l'état de santé peuvent être posés dans l'intérêt exclusif de la personne, comme c'est le cas en matière de chirurgie esthétique ou toute autre intervention purement cosmétique, ou encore dans un intérêt altruiste, comme en matière de don d'organes ou de participation à l'expérimentation à but exclusivement scientifique<sup>200</sup>.

Qu'en est-il alors de la qualification des traitements de type placebo ? Une hypothèse est que l'objectif du traitement placebo servira à fixer au cas par cas l'étendue de l'obligation d'information. D'ailleurs, la jurisprudence reconnaît que la finalité de l'acte médical détermine

---

<sup>191</sup> P. DESCHAMPS, préc., note 109, n° 19.

<sup>192</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 309.

<sup>193</sup> *Id.*, n° 305.

<sup>194</sup> *Health and Social services Centre of Laval c. P.C.*, 2006 QCCS 7952, par. 7.

<sup>195</sup> R. P. KOURI, préc., note 187.

<sup>196</sup> *Manoir de la Pointe bleue c. Corbeil*, préc., note 135 ; *Centre hospitalier Pierre-Janet c. D.(D.)*, EYB 2005-87386.

<sup>197</sup> *V.F. c. T.D.*, J.E. 2004-1452 (C.S.).

<sup>198</sup> *M.B. c. Centre hospitalier Pierre-Le-Gardeur*, préc., note 116.

<sup>199</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 341.

<sup>200</sup> *Id.* Voir également P. DESCHAMPS, préc., note 109, n° 20.

l'ampleur de devoir de renseigner<sup>201</sup>. Elle sera plus exigeante dans le contexte des soins qui ne sont pas requis par l'état de santé<sup>202</sup>. À ce sujet, dans *Dupont c. Corbin*<sup>203</sup>, la Cour d'appel s'exprime ainsi :

La jurisprudence reconnaît la nécessité de distinguer l'intervention nécessaire de celle qui n'est que purement esthétique. Dans ce dernier cas, les tribunaux exigent une information beaucoup plus poussée et plus précise sur l'intervention, ses dangers, ses chances de succès et les problèmes qui peuvent l'accompagner<sup>204</sup>.

Quoique cela demeure controversé, nous avons vu au chapitre 1 qu'il existe des preuves importantes sur l'efficacité thérapeutique des placebos sur diverses conditions médicales, dont le TDAH<sup>205</sup>, la dépression<sup>206</sup>, l'anxiété<sup>207</sup> et la douleur<sup>208</sup>. Dans ces cas, l'effet placebo semble avoir une finalité thérapeutique, puisque le but recherché est premièrement d'améliorer le confort ou de réduire l'ampleur des symptômes associés à ces pathologies. Plus encore, la prise de médication placebo peut parfois se présenter comme la seule option efficace<sup>209</sup>. Il en va ainsi pour les maladies pour lesquelles il n'existe aucun remède et pour lesquelles l'effet placebo est documenté favorablement, comme le syndrome du côlon irritable, ou encore pour lesquelles le remède n'est tout simplement pas accessible, notamment dans les régions éloignées ou sous-développées, en

<sup>201</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 341.

<sup>202</sup> *Blanchette c. Perras*, C.S. Terrebonne, no. 700-05-001030927, p. 37-38; *Cantin-Cloutier c. Gagnon*, préc., note 179, par. 48; *Déry c. Simard*, 2009 QCCQ 3167, par. 23; *Johnson c. Harris*, [1990] J.Q. (Quicklaw) no 1467, par. 43 (C.S.); *Lamontagne c. Rioux*, 2016 QCCQ 1065, par. 75; *Roy-Fortier c. Michaud*, EYB 1997-03018 (QCCS), par. 54; R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 350ss ; A. FERRON PARAYRE, préc., note 129, p. 28. Même si cela ne s'inscrit pas dans le cadre de cette étude, notons que d'autres paramètres peuvent influencer sur l'étendue de l'obligation d'information, notamment l'urgence de la situation ou la situation particulière du patient et ses questionnements (*M.G. c. Pinsonneault*, préc., note 115, par. 144; Jean-Louis BAUDOUIN, Patrice DESLAURIERS et Benoît MOORE, *La responsabilité civile*, 8<sup>e</sup> éd., vol. 1, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014, p. 65 à 67).

<sup>203</sup> [1998] R.R.A. 26, REJB 1997-03516 (C.A.).

<sup>204</sup> *Id.*, p. 28, 29. Voir aussi R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 341.

<sup>205</sup> À ce sujet, consulter R. T. THIBAUT *et al.*, préc., note 83.

<sup>206</sup> P.-H. KELLER, A. GIROUX-GONON et F. GONON, préc., note 15, 330, citant J. C. FOURNIER *et al.*, préc., note 84. Que les patients aient été traités avec un placebo ou avec un antidépresseur, il est argumenté dans cet article que les changements d'activités dans certaines aires cérébrales seraient très similaires. Voir aussi C. R. BLEASE, F. L. BISHOP et T. J. KAPTCHUK, préc., note 14; B. FODDY, préc., note 19, 5.

<sup>207</sup> T. L. BEAUCHAMP et J. F. CHILDRESS, préc., note 50, p. 136 ; H. BRODY, préc., note 85, p. 10, 11; B. FODDY, préc., note 19, 5.

<sup>208</sup> A. J. KOLBER, préc., note 5, 89 citant J. D. LEVINE et N. C. GORDON, préc., note 86. Voir aussi B. FODDY, préc., note 19, 5 ; C. R. BLEASE, F. L. BISHOP et T. J. KAPTCHUK, préc., note 14; M. S. DAUBER, préc., note 6, 219.

<sup>209</sup> B. FODDY, préc., note 19, 5.

temps d'épidémie ou en temps de guerre<sup>210</sup>. Lorsqu'un diagnostic précis a été posé et qu'il répond à un objectif spécifique d'amélioration du bien-être du patient, le placebo se présente comme un outil opportun pour soulager les souffrances, assurer le confort ou améliorer la qualité de vie des patients. Ainsi, il est envisageable que l'effet placebo entre dans la notion de soins requis telle qu'édictée par le droit civil, et ce, non seulement quand l'unique alternative est de renvoyer le patient sans le soigner<sup>211</sup>, mais aussi lorsque la préparation se présente comme un soin utile ou bénéfique pour le malade. Comme nous venons de le voir, la nécessité n'est pas une condition *sine qua non* à la qualification des soins requis par l'état de santé.

En outre, bien que l'administration d'un placebo en clinique ait bien souvent un objectif thérapeutique, la nature inerte ou inactive du produit complique sa qualification. En fait, considérant que la substance est en réalité dépourvue de tout principe actif, sur la pathologie du moins, il n'est pas exclu que les tribunaux l'interprètent comme un soin non requis par l'état de santé. Plusieurs érigent le placebo au rang de « self-healing », soit d'agent d'auto-guérison<sup>212</sup>. Or, ce ne sont pas toutes les interventions qui visent à procurer un bien-être psychologique qui sont comprises dans la notion de soins requis. C'est notamment le cas des soins relatifs à la transition de genre encore plus souvent traités comme des soins non requis par l'état de santé. En effet, même si l'accès à des inhibiteurs d'hormones, des traitements hormonaux substitutifs et même des chirurgies de réassignation sexuelle vise à soigner, traiter et apaiser d'importants enjeux de santé mentale<sup>213</sup>, les mineurs (qu'ils soient âgés de moins de 14 ans ou de 14 ans et plus) semblent généralement devoir obtenir le consentement de leurs parents ou de leur tuteur pour y avoir accès<sup>214</sup>.

---

<sup>210</sup> *Id.* Voir également Pesach LICHTENBERG, Uirel HERESCO-LEVY et Uriel NITZAN, « The Ethics of the Placebo in Clinical Practice », (2004) 30 *J Med Ethics* 551, 553.

<sup>211</sup> B. FODDY, préc., note 19, 5.

<sup>212</sup> Par exemple, voir Trine STUB, Nina FOSS et Ingrid LIODDEN, « Placebo effect is probably what we refer to as patient healing power : A qualitative pilot study examining how Norwegian complementary therapists reflect on their practice », (2017) 17 *BMC Complement Altern Med*, 262; Gabriel S. CRANE, « Harnessing the Placebo Effect: A New Model for Mind-Body Healing Mechanisms », (2016) 35(1) *International Journal of Transpersonal Studies* 39; Jean SIAG, préc., note 104.

<sup>213</sup> Par exemple, voir *A.B. v. C.D. and E.F.*, 2019 BCSC 254; *N.K. v. A.H.*, 2016 BCSC 744; Doriane LAMBELET COLEMAN, « Transgender Children, Puberty Blockers, and the Law: Solutions to the Problem of Dissenting Parents », (2019) 19(2) *The American Journal of Bioethics* 82.

<sup>214</sup> Art. 17 C.c.Q. À ce jour, les cours n'ont pas eu à se prononcer sur ces questions précises, mais les tribunaux ont abordé ces questions indirectement dans certaines décisions. Ces soins semblent en général traités comme des soins non requis (voir *Droit de la famille* — 18294, 2018 QCCS 554 ; *Protection de la jeunesse* — 0968, 2009 QCCQ 3146). Par contre, une décision récente vient ouvrir la porte à un traitement différent, ayant qualifié les soins offerts dans une clinique spécialisée dans les questions d'identité de genre de soins requis (voir *Protection de la jeunesse* — 175712, 2017 QCCQ 13175).



Aucun cas de mineur voulant accéder aux traitements hormonaux substitutifs et aux inhibiteurs hormonaux n'a été, à ce jour, porté devant les tribunaux du Québec. Si un tel cas se présentait dans la province, le juge devrait statuer dans le meilleur intérêt du mineur et tenir compte des volontés de celui-ci, des demandes de ses parents ou de son tuteur, de même que de l'opinion des experts. Suivant l'évolution des mentalités de la société, il est possible que la transformation physique ou le changement de sexe soient éventuellement vus comme des soins exigés par l'état de santé au plan psychologique, en raison des enjeux de santé mentale et de souffrances associés au fait de ne pas y avoir accès. Il en va ainsi pour l'interruption volontaire de grossesse, même purement contraceptive, jadis interdite par le *Code criminel*<sup>215</sup>, laquelle est aujourd'hui généralement appréhendée comme un soin requis par l'état de santé, en raison des répercussions psychologiques et émotives pour la femme de ne pas y procéder dans le cas d'une grossesse non désirée<sup>216</sup>.

À la lumière de la façon dont la perception de certains traitements a évolué à travers le temps, il est possible que l'effet placebo commence par être vu comme un soin non requis et éventuellement, de par ses vertus à la fois sur la santé physique et psychique, qu'il soit catégorisé comme un soin exigé par l'état de santé et cela, bien sûr, s'il existe des preuves suffisamment sérieuses quant à son efficacité thérapeutique sur la condition médicale traitée.

#### 2.2.3.2. Le contenu et l'intensité du devoir d'information

Quant au contenu spécifique du devoir d'information, en plus de devoir répondre aux questions du patient<sup>217</sup>, le professionnel devra, de sa propre initiative, expliquer le diagnostic<sup>218</sup>,

---

<sup>215</sup> Dans *R. c. Morgentaler*, préc., note 130, la Cour suprême a déclaré inopérant l'article 251 C.cr. qui restreignait l'accès à l'avortement. Selon la Cour, les modalités d'accès à l'interruption volontaire de grossesse violaient le droit à la sécurité de la femme, garanti par l'article 7 de la *Charte canadienne*. La question n'a donc pas été abordée du point de vue des droits du fœtus, mais sous celui des restrictions imposées aux femmes enceintes.

<sup>216</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 478; Alain ROY, « Commentaires et annotations sous les articles 1 à 898 (Livres 1, 2 et 3) », dans Benoît MOORE (dir), *Code civil du Québec : Annotations - commentaires*, 4<sup>e</sup> éd., Cowansville, Yvon Blais, 2019, 2648 p., p. 40.

<sup>217</sup> Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Robert P. KOURI et Pauline LESAGE-JARJOURA, *Éléments de responsabilité civile médicale - Le droit dans le quotidien de la médecine*, 4<sup>e</sup> éd., Montréal, Éditions Yvon Blais, 2016, n° 200 (La Référence).

<sup>218</sup> *Id.*, n° 185 Le patient doit être renseigné sur l'affection dont il souffre. Voir aussi Alain BERNARDOT et Robert P. KOURI, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Éditions R.D.U.S., 1980, p. 204, n° 299.

l'utilité, la nature<sup>219</sup> et l'objectif de l'intervention ou du traitement, les risques encourus et les conséquences possibles, de même que les alternatives thérapeutiques et les conséquences d'un défaut d'intervention<sup>220</sup>. Ainsi, la communication se doit d'être scientifiquement conforme et exacte aux données de la science médicale actuelle<sup>221</sup>. Elle doit, de plus, être faite en termes « intelligibles, adaptés, simples et clairs »<sup>222</sup> et tenir compte, notamment, du degré d'instruction du patient et de ses connaissances du milieu médical<sup>223</sup>. Le médecin doit raisonnablement s'assurer de la compréhension du patient<sup>224</sup>.

La communication de l'objectif du traitement proposé et à ses chances de succès permettra au malade d'ajuster ses propres attentes aux chances de succès réelles du soin<sup>225</sup>. Il s'agit d'un élément non négligeable pour mesurer l'intensité de l'effet placebo, lequel dépend en grande partie de la rencontre thérapeutique et de la relation de confiance qui s'établit entre les parties<sup>226</sup>. En effet, tel qu'il a été exposé précédemment<sup>227</sup>, le rôle de suggestion du praticien est fondamental en ce qu'il intervient, par des moyens de persuasion, sur la pertinence du traitement et les attentes du malade face à la médication proposée. Plus le patient a une attente positive par rapport au traitement envisagé, plus une réponse positive au placebo sera favorisée. D'ailleurs, les auteurs Lichtenberg et Gold expliquent que les capacités du praticien à gagner et maintenir la confiance du soigné constituent un facteur de haute importance dans l'administration d'un traitement placebo<sup>228</sup>. Ainsi, dans l'exemple soumis par le Dr. Crutchfield, la résidente a souligné qu'elle croyait que la substance à être injectée aurait le potentiel d'alléger les douleurs du patient. Même si en réalité la

---

<sup>219</sup> *Béliveau c. Rusnov*, REJB 2002-35958 (C.S.) ; *Bello c. Abdulnour*, 2013 QCCQ 6387 ; *Chabot c. Roy*, [1997] R.R.A. 920, REJB 1997-02353 (C.A.) ; *Jimenez c. Pehr*, REJB 2002-32698 (C.S.).

<sup>220</sup> Art. 29 CDM ; *M.G. c. Pinsonneault*, préc., note 115, par. 144 ; *Godin c. Quintal*, REJB 2002-32391 (C.A.), par. 135 ; dans S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 217, p. 144-146 ; É. DELEURY et D. GOUBAU, préc., note 120, n° 113.

<sup>221</sup> F. TOTH, préc., note 180, tel que cité dans *Dr Mario Deschênes, en sa qualité de syndic adjoint du Collège des médecins du Québec c. Dre Marie-France Aumont*, 2017 CanLII 45015 (QC CDCM), par. 144.

<sup>222</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 217, n° 198.

<sup>223</sup> *Morrow c. Hôpital Royal Victoria*, J.E. 78-824 (C.S.), conf. par *Morrow c. Hôpital Royal Victoria*, [1990] R.R.A. 41 (C.A.) ; *Bouchard c. Villeneuve*, [1996] R.J.Q. 1920 (C.S.) ; *Labrie c. Gagnon*, REJB 2002-30737 (C.S.), conf. par REJB 2003-40959 (C.A.) ; *Duhamel c. Sutton*, REJB 2003-45778 (C.S.) ; *P.L. c. Benchetrit*, [2010] R.J.Q. 1853, EYB 2010-178136 (C.A.), conf. EYB 2007-127992 (C.Q.).

<sup>224</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 217, n° 198. Le médecin doit de plus, en certaines circonstances, s'informer auprès du patient pour l'informer adéquatement (*Lépine c. Payette*, EYB 2006-111815 (C.S.)).

<sup>225</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 312.

<sup>226</sup> A. HÉRON, M. TACHEAU et E. CREPIN, préc., note 160, 45 ; F. BLOCH, G. ABITBOL *et al.*, préc., note, 27.

<sup>227</sup> Au sujet du rôle de suggestion du praticien, voir la section 1.1. de cet essai.

<sup>228</sup> A. GOLD, P. LICHTENBERG, préc., note 4, 223.

substance s'avérerait n'être que de l'eau saline, le patient s'est par la suite dit soulagé. Cependant, cette duperie médicale implique une forme de fraude qui nous apparaît difficilement conciliable avec l'obligation du médecin et le droit corollaire du patient à une information juste lui permettant de prendre une décision éclairée.

Sur la mention du défaut de subir l'intervention face à plusieurs options de traitements, le devoir de conseil du médecin sera d'une importance fondamentale pour le patient qui aura besoin de recevoir une recommandation avisée<sup>229</sup>. Le médecin est normalement tenu d'exposer les raisons qui justifient ses préférences thérapeutiques<sup>230</sup>. Rappelons au passage que le professionnel ne doit pas, en théorie, prescrire de traitement placebo, à moins qu'il s'agisse du seul traitement disponible dans les circonstances ou en alternative au « ne rien faire »<sup>231</sup>.

Eu égard à la nature de l'intervention, on doit offrir à la personne une information adéquate quant au traitement envisagé et à sa nécessité<sup>232</sup>. Une description sommaire de l'intervention, de son déroulement, de ses éléments inhérents, notamment la possibilité de la répéter ou le fait que les effets pourront être traités sans toutefois faire disparaître la cause à l'origine des symptômes et des maux<sup>233</sup>, sont tous inclus dans le devoir de renseigner<sup>234</sup>. Cependant, la jurisprudence indique que le soignant n'a pas à aller jusqu'à donner un cours de médecine à son patient ou à l'accabler d'idées noires lorsqu'il remplit cette obligation<sup>235</sup>. Dans *Galarneau c. Beaudoin*<sup>236</sup>, la Cour supérieure précise que « Les explications fournies par le médecin doivent être raisonnablement complètes, sans pour autant entrer dans le détail et dans les techniques savantes »<sup>237</sup>. Ainsi, même en cas de prescription d'une substance chimique (c.-à.-d. médication active), les professionnels de la santé

---

<sup>229</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 332.

<sup>230</sup> L. POTVIN, préc., note 186, p. 54.

<sup>231</sup> A. TELLIER, préc., note 2, 227. Voir section 1.3. du présent essai.

<sup>232</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 312 citant *Hopp c. Lepp*, préc., note 186, p. 210 ; *Murray-Vaillancourt c. Clairoux*, [1989] R.R.A. 762 (C.S.), p. 769.

<sup>233</sup> *Ouellette c. Shatz*, [1987] R.R.A. 652, p. 656.

<sup>234</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n° 312 ; J.-L. BAUDOUIN, P. DESLAURIERS, B. MOORE, préc., note 202, p. 59.

<sup>235</sup> *Dunant c. Chong*, C.A. 1985, no 500-09-000035-816, J.E. 86-73, p. 9. Cela s'applique non seulement à la nature du traitement, mais aux autres composantes du devoir de renseignement, tels que les objectifs de l'intervention, les chances de succès et les risques de complications. À titre d'exemple, voir également *J. M c. Hôpital Jean-Talon*, préc., note 150, par. 79 ; *O'Hearn c. Estrada*, C.S. Montréal, no 500-05-730107-677, p. 16 ; *Dulude c. Gaudette*, [1974] C.S. 618, p. 621, 622 ; S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 217, p. 157.

<sup>236</sup> 2001BE-786, EYB 2001-26755 (C.S.).

<sup>237</sup> *Id.*, par. 51.

ne dévoileront généralement pas les mécanismes biochimiques inhérents à son mode d'action. *A priori*, cette information n'est pas pertinente à la compréhension du patient<sup>238</sup>. L'essence de la divulgation veille à ce que les informations soient formulées dans un langage simple permettant au soigné de se faire une idée honnête du traitement qu'on lui propose et aux risques auxquels il s'expose<sup>239</sup>.

Certains auteurs sont même d'avis que l'omission de présenter le placebo comme une substance pharmacologique inerte (c.-à-d. la nature du traitement) ne brime pas l'autonomie décisionnelle du moment qu'une communication adéquate des risques et des alternatives thérapeutiques est présentée<sup>240</sup>. Évidemment, cette position n'est pas validée par nos tribunaux, et nous envisageons, à cet égard, que l'omission de divulguer la nature du traitement placebo ne saurait cadrer aussi aisément avec les paramètres de notre droit, lesquels mettent l'accent sur l'autonomie décisionnelle et l'exigence d'une information préalable. Cela dit, il peut être difficile, dans le cas des placebos, de tracer la ligne entre l'information essentielle au consentement éclairé, de celle qui constitue le détail des « techniques savantes » (c.-à-d. non essentielle et non compris dans le devoir de renseignement). Par exemple, on peut légitimement se questionner à savoir si le législateur attend du médecin une communication mot à mot en utilisant le terme « placebo », ou encore qu'une description sommaire de l'inertie pharmacologique est suffisante. Cela fait d'ailleurs l'objet du prochain chapitre.

En ce qui concerne l'obligation du professionnel de divulguer les risques, cela se limite aux risques statistiquement significatifs, probables, prévisibles et connus, de même que ceux statistiquement peu élevés, mais dont les conséquences sont très importantes<sup>241</sup>. Autrement dit, le médecin traitant

---

<sup>238</sup> A. BARNHILL, F. G. MILLER, préc., note 35, 673; T. E. CHAN, préc., note 8, 14; A. GOLD et P. LICHTENBERG, préc., note 4, 222.

<sup>239</sup> *Galarneau c. Beaudoin*, préc., note 236, par. 51.

<sup>240</sup> T. E. CHAN, préc., note 8, 14. Par contre, l'auteure émet une réserve en ce que l'omission de dévoiler la nature inerte de la médication peut devenir une déclaration frauduleuse susceptible de vicier le consentement si le malade pose des questions précises sur ses mécanismes d'action.

<sup>241</sup> *M.G. c. Pinsonneault*, préc., note 115, par. 144) ; *Ferland c. Ghosn*, 2008 QCCA 797, par. 45. En common law, on parle plutôt de risques importants, particuliers ou inhabituels (*Hopp c. Lepp*, préc., note 186, p. 210). Il est soumis en jurisprudence québécoise que les risques inférieurs à 1 % n'ont pas à être communiqués par le médecin. Voir la jurisprudence citée dans S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 217, p. 166, à la note 89 ; L. POTVIN, préc., note 186, p. 28 et s. Voir notamment, sur la question des risques, *Bishop c. Vaillancourt*, 2014 QCCS 1375, conf. par 2016 QCCA 316; *Galarneau c. Beaudoin*, préc., note 236 ; *Bécotte c.*

ne semble pas obligé de communiquer les risques imprévisibles<sup>242</sup> ou les simples risques possibles, et ce, aux yeux du médecin raisonnablement prudent et diligent<sup>243</sup>. Plus les risques sont sérieux pour la santé, plus le devoir de divulguer s'intensifie<sup>244</sup>. Les tribunaux québécois fixeront souvent les contours de l'étendue du devoir de renseignement en fonction de la gravité des conséquences.

En effet, entre autres à l'occasion d'affaires relatives à l'esthétique, la jurisprudence a développé des paramètres accrus sur l'intensité du devoir d'information pour les interventions dites électives. Plus précisément, une intervention, qu'elle soit requise ou non requise par l'état de santé, est élective si elle est non urgente ou reportable sans danger pour le patient<sup>245</sup>. En cas d'intervention élective, l'étendue du devoir de renseignement sera plus lourde<sup>246</sup>. Notons que le caractère électif de l'intervention ne saurait tracer la ligne entre les soins requis et non requis par l'état de santé, puisqu'un soin requis peut être non urgent ou dont la mise en œuvre peut être différée. Les tribunaux exigeront une information plus complète et plus spécifique que dans les cas d'interventions nécessaires et urgentes<sup>247</sup>. Notamment, en plus des risques prévisibles et probables, les risques d'échec et de complications s'étendront aux risques possibles et rares<sup>248</sup>. Par exemple, dans *Alarie c. Morielli*<sup>249</sup>, au paragraphe 47, la Cour supérieure retient que, bien que la pose d'implants dentaires ait pu avoir comme objectif d'améliorer le confort et la santé, « [...] cette intervention n'en demeurerait pas moins élective puisque d'autres procédés plus conventionnels pouvaient être envisagés » et, en conséquence, l'obligation d'information était renforcée.

---

*Durocher*, REJB 2002-28421 (C.S.) ; *Ferland c. Ghosn*, préc., note; *Lalonde c. Tessier*, 2011 QCCS 3935; *Sosnowski c. Lussier*, 2016 QCCS 1079; *Tremblay c. Roy*, 2018 QCCS 2486.

<sup>242</sup> *Chouinard c. Landry*, préc., note 180.

<sup>243</sup> P. DESLAURIERS et E. PRÉVILLE-RATELLE, préc., note 185, p. 10 (CAIJ) : « À cet égard, l'analyse est faite en fonction du comportement du débiteur de l'obligation d'information et non en fonction des attentes du créancier ».

<sup>244</sup> *Parenteau c. Drolet*, [1994] R.J.Q. 689 (C.A.), p. 706. Voir aussi *Lépine c. Payette*, préc., note 224 ; *M.G. c. Pinsonneault*, préc., note 115. Voir, à ce sujet, R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n<sup>os</sup> 323 et s., p. 321 et s.

<sup>245</sup> Voir *Alarie c. Morielli*, 1999 CanLII 11697 (QC CS), par. 1 ; R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note, n<sup>o</sup> 305.

<sup>246</sup> *Paterson c. Rubinovich*, 1999 CanLII 13540 (QC CA), par. 10.

<sup>247</sup> *Meloche c. Bernier*, préc., note 184, par. 44.

<sup>248</sup> *Alarie c. Morielli*, préc., note 245, par. 43, 45 ; *Dulude c. Gaudet*, préc., note 235, p. 621 ; *Johnson c. Harris*, préc., note 202. Toutefois, en cas d'intervention purement élective et non thérapeutique, les risques rares ne visent néanmoins que les risques spéciaux, normalement prévisibles dans le genre d'intervention projetée, et non pas les risques tout à fait exceptionnels : *Larouche c. Boulet*, (1994) R.R.A. 24 (C.S.) ; *Saucier c. Wise*, (1990) R.R.A. 283 (C.S.) ; *Charité c. Sauvé*, (1997) R.R.A. 213 (C.S.) ; *Caziotti-Girolamini c. Antoniou*, (1997) CanLII 8336 (QC CS) ; *Rivard c. Nadeau*, (1997) CanLII 9062 (QC CS).

<sup>249</sup> préc., note 245.

Conséquemment, même si le traitement placebo est éventuellement catégorisé comme un soin non requis, les cours de justice ne l'assujettiront vraisemblablement pas à un contenu aussi lourd que pour les soins d'esthétique, notamment parce la finalité des deux interventions diffère significativement, et en ce que les risques associés au traitement sont minimaux ou négligeables dans le cas des placebos<sup>250</sup>.

Cela dit, sauf dans le cas particulier où la cause de la maladie est inconnue et qu'aucun traitement efficace n'existe (*p. ex.* le syndrome du côlon irritable), les placebos pourraient possiblement être vus comme des soins électifs. En effet, si leur objectif est vraisemblablement d'améliorer le confort et la santé du patient, reste que l'inertie de leur substance pourrait faire en sorte de qualifier ces traitements d'optionnels.

Si, d'un point de vue pharmacologique, la prise d'un placebo est généralement inoffensive<sup>251</sup>, il faut toutefois savoir que son utilisation n'est pas sans risque. Cette tromperie médicale est autant susceptible d'entraîner l'aggravation des symptômes cliniques ou la survenue d'effets indésirables, regroupés sous le terme d'« effets nocebo »<sup>252</sup>. Autrement dit, si les conséquences qui suivent l'administration du placebo sont positives et bénéfiques pour la santé du malade on parlera, comme nous l'avons vu au chapitre premier, d'« effet placebo », tandis que si elles s'avèrent négatives et dommageables pour l'état de santé, on parlera plutôt d'« effet nocebo ». En général, l'effet nocebo sera le fruit d'une attente négative produite à la simple suggestion d'un effet indésirable par le médecin au cours du processus d'obtention du consentement libre et éclairé, c'est-à-dire lorsque le professionnel remplit son devoir d'information<sup>253</sup>. L'anticipation ou l'expectative de certaines personnes qu'un certain effet secondaire ne survienne peut donc se répercuter au plan physique, et ce, indépendamment du fait que la médication soit active ou inactive<sup>254</sup>. Les effets néfastes généralement observés suivant la prise d'un placebo sont les maux de tête, les maux de ventre, la

---

<sup>250</sup> T. CHAN, préc., note 8, 14.

<sup>251</sup> B. FODDY, préc., note 19, 9.

<sup>252</sup> Anne HÉRON, Christophe LEROUX et David DUBAYLE, « Le placebo à l'hôpital : Regard sur son utilisation dans les services de médecine polyvalente », (2019) 35 *Médecine/sciences* 674, 679.

<sup>253</sup> Fabrizio BENEDETTI, Michele Maria R. LANNOTE, Leonardo LOPIANO et Luana COLLOCA, « When words are painful: Unraveling the mechanisms of the nocebo effect », (2007) 147 *Neuroscience* 260; Sarah R. HEISIG, Meike C. SHEDDEN-MORA, Pablo HIDALGO et Yvonne NESTORIUC, « Framing and Personalizing Informed Consent to Prevent Negative Expectations: An Experimental Pilot Study », (2015) 34(10) *Health Psychology* 1033; B. COLAGIURI *et al.*, préc., note 8, 175; H.K. BEECHER, préc., note 42.

<sup>254</sup> L. SPECKER SULLIVAN et F. NIKER, préc., note 52; S. R. HEISIG *et al.*, préc., note 253, 1033.

somnolence, les troubles de la concentration, une bouche sèche, les éruptions cutanées, la diarrhée ou les nausées<sup>255</sup>. Cependant, il faut savoir que les données recensées sur l'effet nocebo sont souvent obtenues dans le cadre d'essais cliniques sur une nouvelle médication chimique. Ainsi, en recherche clinique, si le produit pharmacologique testé s'accompagne de somnolence, les patients qui reçoivent le placebo en seront informés et, en résultat, certains d'entre eux rapporteront avoir expérimenté une grande fatigue sur leur état de santé.

La difficulté relative à la prescription d'un placebo est de savoir ce qui constitue un risque « statistiquement significatif, probable, prévisible et connu » ou un « inconvénient plus rare ». Le médecin traitant ne peut mesurer d'avance les conséquences sur les paramètres psychologiques du patient et, d'autre part, celui-ci doit garder à l'esprit que la simple suggestion d'un quelconque effet secondaire est susceptible de miner l'effet placebo. En l'occurrence, le contenu de la divulgation des risques du placebo au patient en médecine générale demeure flou.

Face à ce problème, quelques réflexions s'imposent. Notamment, dans le cas des placebos impurs, soit une préparation chimique inactive au plan pharmacologique sur la condition traitée, si des effets secondaires connus sont associés à leur prescription<sup>256</sup>, nous estimons que le devoir d'information exigerait alors que le médecin en fasse part à son patient, conformément à la jurisprudence québécoise. De plus, il est suggéré qu'une attente positive ou non, bien qu'elle puisse avoir des effets dommageables, ne sera pas, en principe, susceptible d'entraîner des effets graves sur la santé ou la mort<sup>257</sup>. Il n'y aura donc vraisemblablement pas de communication des risques « dont les conséquences sont très importantes » au soigné. Si des effets ou conséquences significatives ou la mort s'ensuivent, cela serait plutôt attribuable au fait que ce choix thérapeutique n'était pas adéquat au regard de la condition médicale traitée<sup>258</sup>. Par exemple, si on peut vouloir

---

<sup>255</sup> B. COLAGIURI *et al.*, préc., note 8, 175; B. FODDY, préc., note 19, 5; A. HÉRON, M. TACHEAU et E. CREPIN, préc., note 160, 43; A. HÉRON, C. LEROUX et D. DUBAYLE, préc., note 252, 674; M. B. KAPP, préc., note 32, 375.

<sup>256</sup> Notons toutefois que les substances toxiques connues devraient toujours être évitées (M. B. KAPP, préc., note 64, 401).

<sup>257</sup> Frauke MUSIALA et Paul ENCKB, « How Dangerous Is Your Mind: Are There Health-Related Risks of Placebo/Nocebo Responses? », (2019) 26 *Complement Med Res* 221.

<sup>258</sup> *Id.*, 222. Il en va de même lorsque le patient éprouverait ces symptômes même en l'absence de toute intervention (B. COLAGIURI *et al.*, préc. note 8, 175).

réduire la fatigue associée à la chimiothérapie avec un placebo, on ne traitera pas un cancer avec un placebo<sup>259</sup>.

Ainsi, partant du fait que le placebo ne doit pas être utilisé pour le traitement de pathologies graves et devrait être réservé à l'amélioration du confort du patient<sup>260</sup>, les risques liés à son usage sont faibles (« *safe* »)<sup>261</sup>.

Retenons de cette section sur le devoir d'information que le droit protège *a priori* le patient contre le mensonge thérapeutique, notamment en exigeant la démarche obligatoire de renseigner adéquatement le patient en vue d'obtenir son consentement éclairé, et rend, *a priori*, illégitime l'administration d'un placebo à l'insu du patient. L'échange d'information entre les parties au contrat médical est une démarche obligatoire visant à permettre au patient d'acquérir les connaissances nécessaires pour prendre une décision éclairée et fournir un consentement valable en droit. Ainsi, l'administration d'un placebo sans le consentement et l'information préalable du patient ne saurait répondre aux normes législatives et jurisprudentielles vues ci-haut.

Cela dit, nous avons vu que l'obligation d'information demeure pourtant susceptible de varier en intensité et en contenu, dépendamment de la finalité et la nécessité du soin, de ses risques et de la nécessité d'intervenir à plus ou moins court terme. Par exemple, même dans l'éventualité où le traitement de type placebo serait qualifié de soin non requis par l'état de santé, l'intensité de l'obligation d'information ne s'en retrouverait sans doute pas aussi grande que pour d'autres soins non requis comme les soins esthétiques, en raison des grandes disparités qui peuvent être observées autant dans leurs visées que dans les risques y afférents<sup>262</sup>. Contrairement aux soins purement

---

<sup>259</sup> Le cas échéant, cela ne relève pas du fait des placebos, mais bien du manque de compétence et de la négligence du médecin.

<sup>260</sup> A. HÉRON, C. LEROUX et D. DUBAYLE, préc., note 252, 675.

<sup>261</sup> B. FODDY, préc., note 19, 6.

<sup>262</sup> Par exemple, dans la décision *Roy-Fortier c. Michaud*, préc., note 202, il était question d'un soin de rajeunissement pour le visage, soit un soin purement esthétique sans aucune finalité thérapeutique, dont la nature du traitement avait été cachée à la patiente. Plus spécifiquement, on ne lui avait pas indiqué le produit qui était à la base du traitement, ni comment il agissait, soit en l'occurrence une préparation qui brûlait la peau afin qu'elle se régénère. Citant l'affaire *Parenteau c. Drolet*, préc., note 244, le tribunal a reconnu que l'obligation de renseignement du médecin envers son patient était, dans les circonstances, accrue dans le contenu et l'intensité du devoir d'information. Le professionnel était tenu d'indiquer à la patiente le produit qui était à la base du traitement.



cosmétiques, le placebo est ou devrait être réservé à l'amélioration du confort du patient, penchant ainsi en faveur d'une finalité thérapeutique.

Cependant, même lorsque le soin comporte une finalité thérapeutique, il faut savoir que la notion de consentement éclairé ne va pas jusqu'à exiger un standard de divulgation complet<sup>263</sup>, ce qui serait d'ailleurs impraticable et illusoire dans la réalité clinique.

Enfin, nous estimons que la communication de la nature du traitement placebo devrait lorsque possible, être modulée et contextualisée de façon à satisfaire aux exigences juridiques, tout en maximisant une réponse positive au placebo. À cet égard, le droit a mis la table pour lancer la modulation du dialogue patient-médecin, et ce, en prévoyant certaines exceptions à l'obligation d'information.

### **2.3. Les exceptions au consentement aux soins reconnues par le droit civil**

Certaines exceptions légales à la règle de consentement éclairé permettent aux professionnels de la santé de poser un acte médical sans avoir au préalable rempli intégralement leur devoir de renseigner. Cette ouverture revêt une importance particulière pour l'effet placebo en clinique, puisqu'on peut alors se demander si l'administration d'une substance inerte à l'insu du patient pourrait se justifier par une telle exception. Outre l'urgence<sup>264</sup>, le droit édicte deux exceptions à la règle de consentement aux soins qui peuvent fournir un éclairage à notre discussion.

D'abord, suivant le principe de l'autonomie de la personne, le corollaire du droit d'être informé est que le patient a le droit d'y renoncer. Certains auteurs ont étudié l'hypothèse de demander au patient, avant de lui administrer un placebo, ce qu'il voudrait ou pas savoir<sup>265</sup>. Si cette renonciation à l'information fait possiblement obstacle à l'obtention d'un consentement éclairé, les juristes se

---

<sup>263</sup> *Dulude c. Gaudette*, préc., note 235, p. 621-622 (raisonnement *a contrario*); Rebecca ERWIN Wells et Ted J. KAPTCHUK, « To Tell the Truth, the Whole Truth, May Do Patient », (2012) 12(3) *The American Journal of Bioethics* 22, 26.

<sup>264</sup> Art. 13 al. 1 C.c.Q. À ce sujet, voir Hélène GUAY, « Les droits de la personnalité », dans Collection de droit 2019-2020, École du Barreau du Québec, vol. 3, *Personnes et successions*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2019, p. 33, à la p. 59 ; R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n°369.

<sup>265</sup> R. ERWIN Wells et T. J. KAPTCHUK, préc., note 263.

sont tout de même questionnés à savoir si une personne peut, à la base, renoncer à un droit aussi fondamental, considérant que cela pourrait avoir des conséquences pour son intégrité<sup>266</sup>.

Il serait inquiétant de forcer un patient à recevoir de l'information contre son gré, mais d'un autre côté, il serait tout aussi problématique de faire subir une intervention à un patient qui se ferme les yeux et ne sait pas à quoi il s'expose<sup>267</sup>. En raison des abus potentiels dans le domaine de la recherche médicale, les auteurs de *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins* sont d'avis qu'une renonciation au droit d'être informé ne saurait être acceptable dans cette discipline. Qu'en est-il de la médecine clinique?

La réponse demeure imprécise. La jurisprudence, quoique peu abondante sur le sujet, semble suggérer que la renonciation au droit d'être informé est valide dans le cas d'interventions thérapeutiques<sup>268</sup>, contrairement à la situation dans le cadre d'expérimentations ou de recherche<sup>269</sup>. Selon cette logique, dans la mesure où les placebos sont administrés à des fins thérapeutiques, le patient pourrait possiblement renoncer à la révélation.

En doctrine québécoise, les auteurs sont divisés sur la question. Par exemple, la professeure Potvin soumet que la renonciation anticipée à un droit si fondamental est contraire à l'ordre public et exige le respect du devoir de renseigner tant en matière thérapeutique que non thérapeutique<sup>270</sup>. Pour leur part, les professeurs Kouri et Nootens soulignent à bon droit que l'information est un devoir, tandis qu'être renseigné est un droit ayant pour but la protection de l'individu<sup>271</sup>. Ils ajoutent que, si le législateur admet la validité de certaines atteintes à la personne pour des motifs désintéressés dans des domaines autres que la santé, le même principe devrait s'appliquer à la renonciation au droit d'être informé<sup>272</sup>. Finalement, les auteurs rappellent que même si l'article 8 du *Code civil du Québec*

---

<sup>266</sup> Une analyse concise sur la question est présentée dans R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n°371 à 375.

<sup>267</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 217, n° 201.

<sup>268</sup> *Mainville c. Hôpital général de Montréal et Dr J. Edwin Coffey*, 500-05-003608-872, 1992-02-11.

<sup>269</sup> *Weiss c. Solomon*, préc., note 186; *Halushka v. University of Saskatchewan*, 53 D.L.R. 2nd 436.

<sup>270</sup> L. POTVIN, préc., note 186, p. 72.

<sup>271</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n°375.

<sup>272</sup> *Id.*

implique que la personne ne puisse jamais renoncer à sa capacité d'exercer ses droits civils, elle peut renoncer à utiliser certains droits<sup>273</sup>.

Ces dernières explications suggèrent, au même titre que la jurisprudence, que le patient peut renoncer à son droit de connaître les composantes du traitement envisagé soit, en l'espèce, le placebo dont le but est d'améliorer le bien-être ou le confort du patient.

Pour les fins de notre analyse, il nous apparaît important de nous rappeler que la confusion entourant le droit de renoncer à l'information découle surtout de la crainte que le malade adopte une conduite téméraire en acquiesçant à un acte médical et sans trop savoir à quoi il s'expose. Nous garderons donc cette préoccupation à l'esprit lorsque nous examinerons, au chapitre 3, la possibilité de renoncer partiellement au droit d'être informé en vue d'obtenir un consentement qui tient compte du contexte particulier de la prestation des placebos en clinique.

La seconde exception à l'obtention d'un consentement éclairé, admis sans hésitation par la loi<sup>274</sup> et les tribunaux<sup>275</sup>, est le privilège thérapeutique. Selon ce concept, le médecin peut être justifié de passer sous silence ou de généraliser des renseignements lorsque la communication pourrait entraîner un dommage important pour la santé du patient, c'est-à-dire lorsque la santé du patient est à ce point chancelante que la divulgation complète risquerait d'aggraver son état<sup>276</sup>. Il est proposé dans la doctrine québécoise que cette exception s'applique aussi en cas d'absence de questions ou demandes de renseignements supplémentaires<sup>277</sup> ou encore lorsque la communication pourrait nuire au succès de l'intervention<sup>278</sup>. Quant à cette dernière éventualité, la littérature

---

<sup>273</sup> *Id.* Cet argument semble se concilier avec la position de H. GUAY, préc., note 264, p. 53-54.

<sup>274</sup> Voir par exemple art. 57, 94 al. 2 CDM ; art. 17 LSSSS.

<sup>275</sup> *McInerney c. MacDonald*, [1992] 2 RCS 138, par. 28; *Brunelle c. Sirois*, [1975] C.A. 779; *Dulude c. Gaudette*, préc., note 235; *Reibl c. Hughes*, préc., note 186.

<sup>276</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n°361; Margaret A. SOMERVILLE, « Structuring the Issues in Informed Consent », (1981) 26 *R.D. McGill* 740, 767.

<sup>277</sup> Si toutefois le patient pose des questions précises, le médecin devra, en principe, y répondre. S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 217, n° 202.

<sup>278</sup> L. POTVIN, préc., note 186, p. 68 ; Suzanne PHILIPS-NOOTENS, « La responsabilité civile du médecin anesthésiste (1re partie) », (1988) 19 *R.D.U.S.* 55, p. 124 et s.

américaine regorge d'articles qui étudient la possibilité d'inclure l'effet placebo dans la notion de privilège thérapeutique<sup>279</sup>.

L'application du privilège thérapeutique entraîne de nombreuses difficultés. D'abord, il semblerait que celui-ci soit légitime que si la décision est guidée par le seul l'intérêt du patient, et non par convenance de l'équipe médicale ou par crainte d'un refus de traitement de la part du soigné<sup>280</sup>. Le seul fait de retenir l'information parce que sa divulgation amènerait la personne à refuser des soins est inacceptable, car c'est la raison d'être du devoir d'information<sup>281</sup>.

Il reste à savoir si le privilège thérapeutique peut justifier l'utilisation d'un placebo au motif que la révélation de la nature du traitement nuirait au succès de l'intervention<sup>282</sup>. Selon Crutchfield et ses collaborateurs, cela dépendra en fait du tort qui serait causé au patient :

The exception can only justifiably be invoked when disclosure would harm the patient, not when disclosure would simply fail to benefit the patient. The moral justification for therapeutic privilege is that withholding information prevents the patient from experiencing foreseeable, reasonably likely, and avoidable harm, which is an objective disvalue<sup>283</sup>.

Ainsi, les auteurs soumettent par exemple que la dissimulation momentanée d'un diagnostic de VIH chez une personne déjà à risque de suicide et très inquiète pour sa santé pourrait ainsi être comprise dans la notion de privilège thérapeutique<sup>284</sup>.

Soulignons que la doctrine québécoise énonce unanimement que le privilège thérapeutique ne peut être invoqué lorsqu'il est question de soins non requis par l'état de santé. Le droit du médecin de

---

<sup>279</sup> Voir par exemple A. J. KOLBER, préc., note 5, 110 ; T. E. CHAN, préc., note 8, 19 ; M. B. KAPP, préc., note 64, 397 ; P. CRUTCHFIELD, T. GIBB et M. REDINGER, préc., note, 3 200.

<sup>280</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 217, 10; G. DURAND, préc., note 95, 242.

<sup>281</sup> Jean-Pierre MÉNARD, « Le privilège thérapeutique », (2013) 34-2 *Actualité médicale* 53.

<sup>282</sup> P. CRUTCHFIELD, T. GIBB et M. REDINGER, préc., note 3, 200.

<sup>283</sup> *Id.* Traduction libre, « L'exception ne peut être invoquée que lorsque la divulgation nuirait au patient, et non lorsque la divulgation ne serait simplement pas bénéfique pour le patient. La justification morale du privilège thérapeutique est que la dissimulation d'information empêche le patient de subir des préjudices prévisibles, raisonnablement probables et évitables ».

<sup>284</sup> *Id.*

retenir de l'information est aujourd'hui extrêmement limité et doit reposer sur des justifications rigoureuses<sup>285</sup>. Il s'agit d'une démarche exceptionnelle, à caractère restrictif et provisoire<sup>286</sup>.

Il semblerait que le privilège thérapeutique n'ait pas été conçu pour répondre à la problématique posée par le mensonge thérapeutique<sup>287</sup>. D'ailleurs, les auteurs de *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins* traitent séparément le privilège thérapeutique et la dissimulation exceptionnelle autorisée dans le cadre des essais cliniques, surtout en utilisant les placebos, et pour lesquels les sujets sont choisis au hasard (« *randomized clinical trials* »)<sup>288</sup>. Rappelons d'ailleurs que le sujet doit être avisé du fait qu'il participe à ce type d'expérimentation et qu'il peut recevoir soit le médicament soit le produit inactif<sup>289</sup>. Pour toutes ces raisons, il nous apparaît difficile de surseoir au consentement aux soins en cas d'administration d'un placebo en médecine générale par le biais du privilège thérapeutique.

En l'absence d'une exception légale à l'obligation d'obtenir le consentement libre et éclairé, les valeurs fondamentales de l'inviolabilité et de l'autonomie de la personne exigent que le médecin traitant informe son patient adéquatement, notamment sur la nature du placebo et des risques prévisibles qui y sont associés. Ce faisant, plusieurs craignent que le succès de l'effet placebo ne soit compromis<sup>290</sup> et la littérature récente s'est donc affairée à trouver une solution qui tient compte

---

<sup>285</sup> J.-P. MÉNARD, préc., note 281.

<sup>286</sup> Guy DURAND, « Privilège thérapeutique », dans *Introduction générale à la bioéthique: histoire, concepts et outils*, Canada, Éditions Fides, 2005, p. 242.

<sup>287</sup> Par exemple, dans deux décisions américaines, *Canterbury v. Spence*, 464 F.2d 772, 789 (D.C. Cir. 1972) et *Nishi v. Hartwell*, 473 P.2d 116 (Haw. 1970), la cour a évoqué la possibilité de dissimuler les risques associés à l'intervention, mais n'a jamais fait mention de la possibilité d'invoquer le privilège thérapeutique pour passer sous silence l'intervention en tant que telle. Dans *Canterbury*, il était question d'un patient paralysé partiellement des membres inférieurs suite à une opération qui reprochait au praticien défendeur de ne pas l'avoir renseigné sur les risques inhérents à une laminectomie. Quant au contenu de l'obligation de renseigner, la cour a adopté la norme du « patient raisonnable ». Dans *Nishi*, un patient qui souffrait de douleurs thoraciques s'est retrouvé partiellement paralysé après avoir éprouvé une réaction défavorable à un opacifiant radiologique. Le patient n'avait pas été informé au préalable de cette potentielle aversion. Les praticiens estimaient que le patient était très effrayé de sa condition et ont invoqué le privilège thérapeutique. Pour une revue du privilège thérapeutique par les tribunaux américains, voir A. J. KOLBER, préc., note 5, 111.

<sup>287</sup> A. J. KOLBER, préc., note 5, 111.

<sup>288</sup> P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n°363. Voir aussi COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, préc., note 58, p. 29; R.P. KOURI, S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 44, 126.

<sup>289</sup> *Id.* ; I. KENNEDY, préc., note 61, p. 221 ; P. DE DEYN et R. D'HOOGHE, préc., note 61 ; G. SHARPE et D. WEISTUB, préc., note 37.

<sup>290</sup> Voir par exemple P. CRUTCHFIELD, T. GIBB et M. REDINGER, préc., note 3, 201. Les auteurs proposent donc de créer une nouvelle catégorie d'exception applicable aux placebos.

des droits fondamentaux du patient, tout en ne minimisant pas le pouvoir thérapeutique de l'intervention. Considérant que les cours de justice québécoises se sont prononcées à plusieurs reprises sur la possibilité d'atténuer le degré de franchise redevable au soigné<sup>291</sup>, il n'est pas trop téméraire de proposer une modulation du dialogue soignant-soigné et une contextualisation du consentement aux soins qui tient compte des enjeux et de la réalité clinique de l'effet placebo.

Cette nouvelle approche, dite « placebo ouvert », s'inscrit dans les tendances juridiques que nous avons étudiées jusqu'à présent et respecte l'esprit des principes de bioéthique médicale. À cet égard, le droit doit prendre acte du fait qu'il n'intervient pas seul dans l'encadrement de la pratique et que diverses normes externes, en l'espèce des principes prenant ancrage en éthique médicale, doivent être prises en compte pour fournir un éclairage plus complet relativement à l'usage des placebos en médecine générale.

### **CHAPITRE 3. RÉFLEXION ÉTHIQUE ET MODULATION DU DIALOGUE SOIGNANT-SOIGNÉ**

#### **3.1. L'autonomie brisée et la divulgation malfaisante**

Le cadre juridique dans lequel l'effet placebo en médecine clinique se déploie illustre l'importance fondamentale du principe de l'autonomie de la personne, lequel est pratiquement érigé au rang de norme morale supérieure. Cependant, il faut reconnaître que ce principe a été développé alors que le consentement du participant n'avait pas la même importance, tel que nous l'avons vu au chapitre 1, jusqu'au milieu des années 1900, les sujets étaient à cette époque surtout considérés comme des outils pour l'avancement des connaissances<sup>292</sup>. La toile de fond de la protection de l'autonomie de la personne n'est plus ce qu'elle était à l'époque de l'adoption du Code de Nuremberg. Force est de constater que la réalité clinique d'aujourd'hui est éminemment plus complexe que celle dans laquelle s'est développée la politique initiale de laissez-faire<sup>293</sup>. C'est notamment le cas pour l'acceptabilité de l'effet placebo en médecine générale, une question qui ne

---

<sup>291</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n°363.

<sup>292</sup> Voir section 1.2. du présent essai.

<sup>293</sup> Sur la reconsidération de la valeur accordée à l'autonomie de la personne, consulter F. G. MILLER et L. COLLOCA, préc., note 20, 238; A. GOLD et P. LICHTENBERG, préc., note 4, 223; John T. FORTUNATO, Adam WASSERMAN et Daniel LONDYN MENKES, « When Respecting Autonomy Is Harmful: A Clinically Useful Approach to the Nocebo Effect », (2017) 17(6) *The American Journal of Bioethics* 36, 39.

s'était encore jamais posée à l'époque. Le droit a pris acte du fait que le principe du respect de l'autonomie de la personne est incontournable dans la nouvelle réalité médicale, mais doit également reconnaître que la protection effective de ce principe ne s'entend peut-être plus nécessairement par l'adéquation d'une politique de non-interventionnisme stricte, c'est-à-dire en reconnaissant que la protection de l'autonomie de la personne exige parfois de ventiler la norme de consentement libre et éclairé.

Au chapitre de l'analyse de situations éthiquement complexes en santé, l'éthique permet d'analyser l'intervention de diverses valeurs conflictuelles. Ainsi, s'il semble que le droit consacre la supériorité formelle de l'autonomie individuelle, la réflexion sur les jugements moraux permet de ventiler cette norme lorsqu'elle porterait atteinte à d'autres obligations morales<sup>294</sup>. Plus particulièrement, Beauchamp et Childress, dans leur monographie *Principles of Biomedical Ethics*<sup>295</sup>, un des textes les plus influents de la bioéthique américaine, expliquent que le respect de l'autonomie est un outil pertinent à l'orientation de la prise de décision en matière médicale, mais qu'il ne saurait supplanter toute autre considération morale qui sont, *prima facie*, tout aussi pertinentes<sup>296</sup>. Les auteurs indiquent que certains éthiciens regrettent de différentes façons que l'autonomie ait triomphé dans la bioéthique américaine<sup>297</sup>. Beauchamp et Childress identifient quatre principes éthiques qui facilitent l'analyse et la prise de décision en santé, à savoir la justice, l'autonomie, la bienfaisance, et la non-malfaisance. Ces quatre principes fournissent des indications sur la conduite à suivre au regard de l'éthique et doivent être précisés en fonction d'une situation concrète de soin, en l'occurrence pour nous, l'utilisation des placebos en clinique.

Les principes de bienfaisance, de non-malfaisance et d'autonomie nous intéressent particulièrement pour les fins de cette étude. Bien que nous ayons largement couvert l'autonomie au dernier chapitre, retenons que, dans le domaine de la prestation de soins, cela se traduira

---

<sup>294</sup> Voir S. COHEN, préc., note 6, 148.

<sup>295</sup> Tom L. BEAUCHAMP et James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1979, 314 p.

<sup>296</sup> Tom L. BEAUCHAMP et James F. CHILDRESS, « Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary », (2019) 19(11) *The American Journal of Bioethics* 9, 11: « Every moral principle can, in our account, be overridden in some situations by a competing moral consideration. [...] In short, respect for autonomy is always relevant as a *prima facie* principle, along with other *prima facie* principles, but it has no more and no less weight than the others in the abstract ».

<sup>297</sup> T. L. BEAUCHAMP et J. F. CHILDRESS, préc., note 50, p. 97.

essentiellement par la reconnaissance de l'individu au cœur de son plan de soins et par sa participation aux décisions et aux soins de santé qui le concernent qui, pour être mises en œuvre, requièrent l'information et le consentement préalable du malade<sup>298</sup>. Eu égard au concept de non-malfaisance, il s'agit d'une obligation morale et déontologique étroitement liée à la maxime latine *primum non nocere* (d'abord, ne pas faire de mal) et requiert de ne pas causer de tort ou d'infliger de la souffrance à autrui<sup>299</sup>. Cela implique en pratique que le médecin traitant et son patient évaluent soigneusement les risques de chaque alternative thérapeutique en relation avec ses avantages avant d'arrêter un choix<sup>300</sup>. Enfin, la bienfaisance se trouve au cœur de la relation soignant-soigné et implore d'orienter l'intervention médicale en fonction du bien-être du patient<sup>301</sup>.

Le dilemme éthique lié à l'usage des placebos en clinique oppose ces trois valeurs conflictuelles. D'une part, le principe d'autonomie implore de dévoiler la vérité complète et absolue au patient. D'autre part, en vertu des obligations morales de non-malfaisance et de bienfaisance, il est permis d'envisager la non-divulgence ou l'atténuation d'une révélation qui pourrait autrement causer une détresse ou un malaise chez le patient, c'est-à-dire lorsqu'elle aurait pour conséquence de causer du tort au patient<sup>302</sup>. Autrement dit, l'obligation de non-malfaisance permet de se questionner sur le choix des mots et d'anticiper l'impact des mots sur le bien-être du participant<sup>303</sup>.

Nous avons effectivement vu au chapitre 2 que la suggestion d'un effet défavorable d'une molécule par le médecin traitant, par exemple le fait de révéler au patient qu'il existe un risque statistiquement significatif, mais relativement faible qu'il développe une maladie grave, peut devenir une source d'anxiété ou de dépression (effet nocebo)<sup>304</sup>. La simple évocation possible d'une conséquence indésirable est susceptible d'enclencher la réponse psychologique inverse de l'effet placebo, soit l'effet nocebo. Plus encore, il semblerait dans certains cas que ce mal aurait pu être

---

<sup>298</sup> Suzanne LECLAIR et Jocelyne SAINT-ARNAUD, *Module d'introduction à la bioéthique et à l'éthique clinique (Bioéthique In Situ)*, Montréal, psychiatrie, Université de Montréal, 2014.

<sup>299</sup> Warren T. JAHN, « The 4 basic ethical principles that apply to forensic activities are respect for autonomy, beneficence, nonmaleficence, and justice », (2011) 10(3) *J Chiropr Med.* 225.

<sup>300</sup> V. DOUDENKOVA et J.-C. BÉLISLE PIPON, préc., note 185, 84.

<sup>301</sup> *Id.*, 85 ; S. LECLAIR et J. SAINT-ARNAUD, préc., note 298, p. 24.

<sup>302</sup> J. T. FORTUNATO, A. WASSERMAN et D. LONDYN MENKES, préc., note 293, 36 ; L. SPECKER SULLIVAN et F. NIKER, préc., note 52, 52 ; M. ALFANO, préc., note 10, 3 ; N. GLIGOROV, préc., note 64.

<sup>303</sup> F. G. MILLER et L. COLLOCA, préc., note 20, 238 ; Franklin G. MILLER, « Clarifying the Nocebo Effect and Its Ethical Implications », (2012) 12(3) *The American Journal of Bioethics* 30.

<sup>304</sup> M. ALFANO, préc., note 10, 3 ; L. SPECKER SULLIVAN et F. NIKER, préc., note 52, 52.



évité au patient si lesdites conséquences avaient été passées sous silence ou présentées avec un choix de mots différent<sup>305</sup>. Dans certains cas, les effets secondaires rapportés ne sont donc pas le résultat spécifique de la médication, mais bien celui de la suggestion du médecin qui a semé un doute ou créé un état de panique chez le malade. Le praticien qui honore son obligation d'information en fournissant des renseignements complets et honnêtes sur les effets secondaires et risques possibles pourrait contribuer à miner l'efficacité du traitement et ainsi infliger du tort à un patient soucieux ou anxieux<sup>306</sup>. Cette question est largement abordée dans la littérature de bioéthique médicale contemporaine, laquelle exhorte de trouver un juste équilibre<sup>307</sup>.

Il est d'abord soumis en éthique médicale que l'information complète et absolue ne permet pas nécessairement une meilleure prise de décision<sup>308</sup>. Au contraire, il semblerait qu'elle puisse parfois plutôt biaiser le processus décisionnel et entraver l'exercice de l'autonomie. À ce sujet, Jeremy Howick, épidémiologiste et philosophe des sciences, explique que le fait d'ignorer l'effet nocebo ou encore de forcer une divulgation auprès de patients qui ne désirent pas recevoir ces renseignements, compromet le principe d'autonomie<sup>309</sup>. Cela est notamment le cas si la révélation des risques, aussi minimes soient-ils, angoisse le patient au point de l'empêcher de subir une intervention potentiellement bénéfique pour son état de santé et qu'il désire pourtant subir<sup>310</sup>. Cette dernière éventualité est d'ailleurs évoquée par Beauchamp et Childress qui sont d'avis que la protection effective de l'autonomie exige, dans certaines circonstances, de maintenir les aptitudes au choix autonome des autres, tout en dissipant les conditions ou craintes qui perturbent leurs actions autonomes<sup>311</sup>.

Sans pour autant diminuer le caractère fondamental de l'autonomie de la personne, bon nombre de bioéthiciens s'entendent ainsi pour dire que l'exigence de consentement libre et éclairé, lequel inclut le devoir de renseignement, devrait accorder autant d'importance au libre-choix du patient

---

<sup>305</sup> S. COHEN, préc., note 6, 149.

<sup>306</sup> *Id.*

<sup>307</sup> *Id.*, 152.

<sup>308</sup> M. ALFANO, préc., note 10, 3, 4.

<sup>309</sup> Jeremy HOWICK, « Saying Things the “Right” Way: Avoiding “Nocebo” Effects and Providing Full Informed Consent », (2012) 12(3) *The American Journal of Bioethics* 33.

<sup>310</sup> *Id.* Voir aussi R. ERWIN Wells et T. J. KAPTCHUK, préc., note 263, 22.

<sup>311</sup> T. L. BEAUCHAMP et J. F. CHILDRESS, préc., note 50, p. 98.

qu'à celle de ne pas lui infliger de mal<sup>312</sup>. Une compréhension élargie ou contextualisée de l'autonomie de la personne semble mieux adaptée pour répondre aux enjeux éthiques modernes qui composent la médecine clinique. Nous examinerons trois approches qui proposent de revisiter cette compréhension acquise de l'autonomie de la personne. Ces analyses nous serviront d'assise pour formuler une proposition de divulgation des placebos en clinique conforme aux principes éthiques et juridiques discutés dans cet essai.

Selon la première, la norme de consentement éclairé suppose une individualisation propre à chaque participant, c'est-à-dire une approche de soins axée sur le patient<sup>313</sup>. Différentes appellations ont été données à cette notion en bioéthique. Pour Cohen, il s'agit de « *personal tailoring of informed consent* »<sup>314</sup>, tandis que Fortunato parle de « *patient centered care* »<sup>315</sup> et Howick de « *personalised informed consent* »<sup>316</sup>. En vertu du principe de non-malfaisance, la situation particulière du patient de même que ses caractéristiques personnelles devraient guider le contenu de l'obligation d'information.

Deuxièmement, pour la docteure et bioéthicienne Laura Specker Sullivan et sa collaboratrice F. Nicker, il y a lieu de miser sur une approche maternaliste orientée sur l'autonomie relationnelle. L'expression « Maternalism »<sup>317</sup> est définie par Dre Specker Sullivan comme le fait d'agir au profit d'une autre personne en tenant compte de sa volonté autonome, sans toutefois recueillir l'expression explicite de son consentement ou de son assentiment<sup>318</sup>. Le maternalisme propose ainsi que, dans le cadre de relations où règnent la confiance et la compréhension mutuelle, ces attributs relationnels fournissent la base épistémique pour une telle connaissance interpersonnelle. Cette théorie reconnaît la dimension émotionnelle immanente au processus de consentement éclairé dans

---

<sup>312</sup> Par exemple, voir L. SPECKER SULLIVAN et F. NIKER, préc., note 52, 52; J. T. FORTUNATO, A. WASSERMAN et D. LONDYN MENKES, préc., note 293, 36; F. G. MILLER et L. COLLOCA, préc., note 20, 238; M. ALFANO, préc., note 10, 3; J. HOWICK, préc., note 309, 33, 34; R. ERWIN Wells et T. J. KAPTCHUK, préc., note 263, 23.

<sup>313</sup> S. COHEN, préc., note 6, 153; J. T. FORTUNATO, A. WASSERMAN et D. LONDYN MENKES, préc., note 293, 41.

<sup>314</sup> Traduction libre, « personnalisation de la norme de consentement libre et éclairé ».

<sup>315</sup> Traduction libre, « approche centrée sur le patient ».

<sup>316</sup> Traduction libre, « consentement personnalisé ».

<sup>317</sup> Traduction libre, « maternalisme ».

<sup>318</sup> Laura SPECKER SULLIVAN, « Medical maternalism: Beyond paternalism and antipaternalism », (2016) 42 *Journal of Medical Ethics* 439. Voir aussi L. SPECKER SULLIVAN et F. NIKER, préc., note 52, 53.

laquelle un tort peut être infligé au soigné à l'occasion d'une divulgation par le soignant<sup>319</sup>. Specker Sullivan et Nicker citent l'exemple du Japon où il est pratique courante de retenir un diagnostic de cancer s'il est estimé que le patient en serait affecté négativement ou que sa prise de décision pourrait être compromise par la révélation (restriction à son autonomie)<sup>320</sup>. Les praticiens japonais s'informent auprès de la famille et de l'équipe médicale pour connaître les traits de personnalité et l'attitude générale du malade afin de les aider à déterminer ce qui pourrait constituer ou non une divulgation malfaisante<sup>321</sup>. Ainsi, les auteures soulignent la reconnaissance et la valorisation du rôle de l'équipe de soins dans le processus de consentement éclairé<sup>322</sup>. Si cette approche peut à première vue sembler étroitement liée au paternalisme médical, Dre Specker Sullivan argumente que le paternalisme saisit mieux les contours de cette pratique japonaise, en ce qu'elle permet de décider pour une autre personne sur la base d'une compréhension raisonnable des considérations personnelles et émotionnelles de la personne au nom de laquelle la décision est prise<sup>323</sup>. Le paternalisme médical, par opposition, est en fait la substitution de son propre jugement à celui d'une autre personne et de décider à sa place dans son meilleur intérêt<sup>324</sup>.

Notons au passage que la doctrine québécoise présente des inductions similaires à la proposition de Specker Sullivan. Notamment, les professeures Bernier et Régis sont d'avis que le droit ne prend pas *a priori* acte de la complexité immanente au processus décisionnel humain et précisent que la liberté d'action se définit et se déploie dans un contexte social qui en influence ainsi grandement l'exercice et l'expression<sup>325</sup>. L'autonomie du patient est modulée par divers intervenants et facteurs inhérents au contrat médical, dont particulièrement la relation thérapeutique qui s'établit avec le médecin traitant<sup>326</sup>. Le professeur Deschamps soumet pour sa part qu'une compréhension uniquement personnelle de l'autonomie aura pour effet de laisser l'individu seul face à ses choix

---

<sup>319</sup> L. SPECKER SULLIVAN et F. NIKER, préc., note 52, 53. Voir aussi Laura SPECKER SULLIVAN, « Dynamic axes of informed consent in Japan », (2017) 174 *Social Science and Medicine* 159, 165.

<sup>320</sup> L. SPECKER SULLIVAN et F. NIKER, préc., note 52, 53.

<sup>321</sup> *Id.*, citant L. SPECKER SULLIVAN, préc., note 319, 165.

<sup>322</sup> *Id.*, 54.

<sup>323</sup> L. SPECKER SULLIVAN, préc., note 318, 439.

<sup>324</sup> *Id.*

<sup>325</sup> L. BERNIER et C. RÉGIS, préc., note 140, 49. Voir aussi Catherine RÉGIS, « L'approche psychologique du droit : pour mieux comprendre les étincelles de folie et de sagesse », (2016) 1 *Revue Psycho-Droit* 119.

<sup>326</sup> À ce sujet, voir P. DESCHAMPS, préc., note 112. Notons que d'autres intervenants influencent l'exercice de l'autonomie en matière de soins de santé, pensons notamment aux familles et au personnel médical. Par exemple, les familles disposent d'un droit de veto en matière de don d'organes. À ce sujet, consulter Louise BERNIER, « Le don d'organes : voir au-delà des volontés individuelles ? », (2018) 15 *Éthique et santé* (2018) 142.

et entraînera un décroisement relationnel<sup>327</sup>. Eu égard à l'aide médicale mourir au Canada, il note à bon droit que, malgré l'affirmation sans équivoque du droit de tout être humain à l'autodétermination, la réalité demande plus de nuances :

Sans nier le droit à l'autodétermination de tout être humain, ce droit doit être contextualisé. L'être humain demeure un être social, un être fondamentalement de relation. Son autonomie est assujettie socialement et juridiquement, à des balises qui peuvent devenir ou être perçues comme des contraintes ou des limites au libre exercice du droit à l'autodétermination [...] bien que le patient soit investi du pouvoir de choisir les soins qui apparaissent comme les plus appropriés, ce pouvoir ne s'exerce pas en vase clos mais dans le cadre d'une multitude de relations où l'intérêt de tous et chacun doit être pris en considération<sup>328</sup>.

[Nos soulignements]

La troisième approche est tirée d'un article de Wells et Kaptchuk paru en 2012. Plutôt que d'entrevoir le principe d'autonomie comme une obligation morale et déontologique absolue, il est suggéré aux praticiens de balancer la notion de consentement libre et éclairé avec l'obligation de non-malfaisance en adoptant une approche pragmatique qui s'inspire de trois éléments : les effets secondaires, les caractéristiques personnelles du patient et le diagnostic<sup>329</sup>. Cette démarche, désignée par les auteurs « *contextualized informed consent* » (ci-après « consentement éclairé contextualisé »), exhorte de prendre en compte le contexte afin de cibler les éléments essentiels au consentement éclairé ou le contenu de l'obligation d'information.

Notamment, les auteurs sont d'avis que le type et la gravité de l'effet secondaire devraient aider le praticien à déterminer l'ampleur et la nature des informations à dévoiler. S'il s'agit de symptômes non spécifiques, dont la somnolence, la nausée, la fatigue ou le mal de tête, lesquels sont pratiquement inhérents à toute thérapeutique et particulièrement réactifs à l'effet nocebo, le praticien devrait pouvoir envisager de passer sous silence ces risques et plutôt demander au patient de le contacter en cas de survenance d'effets nouveaux ou inhabituels<sup>330</sup>. À l'opposé, si les risques sont spécifiques à la médication, significatifs ou importants, ils doivent être divulgués<sup>331</sup>. Cette

<sup>327</sup> P. DESCHAMPS, préc., note 112, 15-16.

<sup>328</sup> *Id.*, 19.

<sup>329</sup> R. ERWIN Wells et T. J. KAPTCHUK, préc., note 263, 22, 25. Cette approche a notamment été reprise dans J. T. FORTUNATO, A. WASSERMAN et D. LONDYN MENKES, préc., note 293, 36; F. G. MILLER, préc., note 303, 30; J. HOWICK, préc., note 309, 33; S. R. HEISIG *et al.*, préc., note 253, 1033.

<sup>330</sup> R. ERWIN Wells et T. J. KAPTCHUK, préc., note 263, 25.

<sup>331</sup> *Id.*

méthode permet de balancer les obligations morales de bioéthique médicale et assure la sauvegarde de l'autonomie proportionnellement au tort qui pourrait lui en résulter.

Wells et Kaptchuk défendent leur modèle de consentement éclairé contextualisé en le comparant à des situations cliniques où le mensonge est accepté<sup>332</sup>. Il existe une multitude de circonstances où le médecin cache la vérité à son patient. Par exemple, dans ses premières années de pratique, le médecin performera des actes médicaux sans avoir informé le patient de son inexpérience<sup>333</sup>. Il en va de même pour le professionnel qui entreprend une batterie de tests en vue d'investiguer la possibilité d'une maladie incurable ou mortelle et, pour ne pas inquiéter le patient à un stade préliminaire, lui indique que les examens visent à éliminer la possibilité d'autres affectations médicales<sup>334</sup>.

Dans un article de Andy Oxman et ses collaborateurs, les auteurs se penchent sur une autre alternative au dilemme adressé par Wells et Kaptchuk<sup>335</sup>. Il s'agit de demander à l'individu ce qu'il veut ou ne veut pas savoir. Ils s'imaginent l'échange suivant entre le médecin et son patient :

Good morning Mrs Jones, my name is Dr Smith. Please sit down and make yourself comfortable [...] Patients vary in the amount of information that they want to give to and receive from their doctors. Most patients seem to get less information from their doctors than they want, but others would rather not be told some of the things that some doctors assume that they must want to know [...] I'm going to depend on you to prompt me to give you more information if you think I'm not being sufficiently forthcoming, or to tell me that you've heard enough if you think I'm overdoing it. You also need to know that I will never lie in response to a straight question from you, and if I don't know the answer I will do my best to find it for you<sup>336</sup>.

<sup>332</sup> Cette défense a notamment été reprise dans F. G. MILLER, préc., note 303, 31.

<sup>333</sup> R. ERWIN Wells et T. J. KAPTCHUK, préc., note 263, 27.

<sup>334</sup> *Id.*; Richard KANAAN, David ARMSTRONG et Simon WESSELY « Limits to truth-telling: Neurologists' communication in conversion disorder », (2009) 77(2) *Patient Education and Counseling* 296.

<sup>335</sup> Notons que cette avenue a été sommairement exposée dans R. ERWIN Wells et T. J. KAPTCHUK, préc., note 263.

<sup>336</sup> Traduction libre, « Bonjour Mme Jones, je suis le docteur Smith. Asseyez-vous et installez-vous confortablement [...] La quantité d'information que les patients veulent donner et recevoir de leur médecin varie. La plupart des patients semblent obtenir moins d'information de leur médecin qu'ils n'en veulent, mais d'autres préfèrent ne pas se faire dire certaines des choses que certains médecins supposent qu'ils doivent vouloir savoir [...] Je vais m'en remettre à vous pour m'inciter à vous donner plus d'information si vous pensez que je ne suis pas suffisamment clair, ou encore pour me dire que vous disposez suffisamment d'information. Vous devez aussi savoir que je ne mentirai jamais en réponse à une question directe de votre part, et si je ne connais pas la réponse, je ferai de mon mieux pour trouver la réponse » (Andrew D. OXMAN, Iain CHALMERS et David L. SACKETT, « A practical guide to informed consent to treatment », (2001) 323(7327) *BMJ* 1464, 1466).

Howick estime que cette proposition écarte le conflit entre l'autonomie et la non-malfaisance, puisque le patient renonce à ne pas recevoir une information complète et exerce, par le fait même, sa liberté de choix<sup>337</sup>. Beauchamp et Childress notent à ce sujet que « [Certains auteurs] accusent les défenseurs de l'autonomie d'imposer le choix aux patients, en dépit du fait que de nombreux patients ne veulent pas avoir d'information sur leurs maladies, ni prendre leurs propres décisions »<sup>338</sup>. Ces derniers estiment, contrairement à d'autres, que la prise de décision pour le patient n'est pas un devoir, mais plutôt un droit corrélatif de choisir<sup>339</sup>. Cela est conciliable avec les principes juridiques vus au chapitre 2.

En somme, il faut comprendre que ces approches contemporaines ne se présentent pas comme une négation du principe de l'autonomie. Au contraire, elles tiennent compte de la réalité clinique d'aujourd'hui dans laquelle l'exercice de l'autonomie se décline et accordent une attention particulière aux nombreux intervenants et facteurs contextuels et qui sont au cœur de la relation de soins<sup>340</sup>. L'éthique biomédicale reconnaît que l'emphasis ne doit pas uniquement être mise sur le contenu détaillé de la révélation, mais aussi sur le portrait social complexe qui intervient entre les parties à l'occasion du processus d'obtention d'un consentement valable<sup>341</sup>. Dans la définition classique, l'autonomie de la personne n'est pas, au regard de l'éthique, la seule et unique voie de résolution des conflits de valeurs. Ainsi, elle ouvre la porte à une adaptation contemporaine du dialogue soignant-soigné dans le cadre de l'administration d'un traitement placebo.

Sans aller jusqu'à créer une exception spécifique à l'effet placebo en clinique comme le proposent certains auteurs<sup>342</sup>, nous croyons que ces conceptions éthiques contemporaines de la notion d'autonomie de la personne permettent de légitimer la modulation ou l'adaptation du dialogue soignant-soigné dans le cadre de l'utilisation de l'effet placebo en médecine générale. L'autonomie de la personne ne semble plus nécessairement s'entendre par une politique de laissez-faire passant

---

<sup>337</sup> J. HOWICK, préc., note 309, 34. Voir aussi R. ERWIN Wells et T. J. KAPTCHUK, préc., note 263, 25.

<sup>338</sup> T. L. BEAUCHAMP et J. F. CHILDRESS, préc., note 50, p. 97.

<sup>339</sup> *Id.*, p. 98.

<sup>340</sup> Sur l'opportunité de nuancer le principe d'autonomie afin de tenir compte des implications contemporaines de la pratique médicale, voir M. ALFANO, préc., note 10, 3 : « We need to resist making autonomy a sacred value and think hard about the trade-offs physicians often face during the informed consent process ».

<sup>341</sup> R. ERWIN WELLS et T. J. KAPTCHUK, préc., note 263, 26; S. R. HEISIG *et al.*, préc., note 253, 1034.

<sup>342</sup> Voir notamment P. CRUTCHFIELD, T. GIBB et M. REDINGER, préc., note 3, 201. De même, dans B. FODDY, préc., note 19, 8.

par la révélation détaillée et absolue. La protection effective de ce principe doit plutôt permettre d'atteindre un juste équilibre entre le libre-choix du patient, le souci de maximiser l'effet placebo (bienfaisance) et de minimiser l'effet nocebo (non-malfaisance). Les *open-labels placebos*, que nous traduisons par « placebos ouverts », sont une autre façon d'aborder ces exigences.

### 3.2. Atteindre un juste équilibre : les placebos ouverts

#### 3.2.1. Définition et mise en évidence thérapeutique

La compréhension traditionnelle est que l'effet placebo requiert un élément de tromperie ou de mensonge thérapeutique<sup>343</sup>. Mais est-ce réellement le cas ? Au cours des dernières années, une série d'expérimentations menées sur l'efficacité des placebos malgré la divulgation de la nature inerte remettent en question cette appréhension générale, lesquelles ont résulté en la découverte intrigante que l'effet placebo existe même en l'absence de tromperie<sup>344</sup>. Le cas échéant, la voie est tracée pour rendre l'utilisation des placebos en clinique légitime au regard des exigences législatives de consentement éclairé<sup>345</sup>.

L'une des plus influentes recherches sur l'efficacité des placebos ouverts, c'est-à-dire même lorsque le patient est informé de la « supercherie » ou de la démarche, est attribuable à Kaptchuk et ses collègues (2010)<sup>346</sup>. Ces derniers ont mené une étude aléatoire comprenant deux groupes de patients souffrant de douleurs intestinales chroniques (syndrome du côlon irritable). Une pilule de sucre était prescrite aux patients du second groupe avec la révélation suivante : « Des études cliniques rigoureuses ont montré que la prescription d'un placebo composé d'une substance inerte

---

<sup>343</sup> I. SAGY *et al.*, préc., note 33.

<sup>344</sup> La première étude menée sur le sujet est parue dans Lee C. PARK et Lino COVI, « Nonblind Placebo Trial », (1965) 12(4) *Archives Gen. Psychiatry* 336. Plus récemment, cette hypothèse a notamment été soulevée dans B. COLAGIURI *et al.*, préc., note 8, 175; P. LICHTENBERG, U. HERESCO-LEVY et U. NITZAN, préc., note 210, 552; BLEASE, C., L. COLLOCA et T. J. KAPTCHUK, préc., note 13, 411; A. J. KOLBER, préc., note 5, 95; Anne BARNHILL et Franklin G. MILLER, BARNHILL, A., MILLER, F. G., « The ethics of placebo treatments in clinical practice: a reply to Glackin », (2015) 41-8 *J Med Ethics* 673, 676; M. B. KAPP, préc., note 64, 402; M. ALFANO, préc., note 10, 7.

<sup>345</sup> Les placebos ouverts ont reçu l'aval de la American Medical Association (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, préc., note 101).

<sup>346</sup> Ted. J. KAPTCHUK, Elizabeth FRIEDLANDER, John M. KELLEY, M. Norma SANCHEZ, Efi KOKKOTOU, Joyce P. SINGER, Magda KOWALCZYKOWSKI, Franklin G. MILLER, Irving KIRSCH, Anthony J. LEMBO, « Placebos without deception: a randomized controlled trial in irritable bowel syndrome », (2010) 5(12) *PLoS One* e15591.

entraîne une amélioration significative des symptômes en stimulant les processus d'auto-guérison »<sup>347</sup>. De ce groupe, 59% des sujets ont signalé une amélioration de leurs symptômes<sup>348</sup>. Kaptchuk et ses collaborateurs en ont conclu que la prescription d'un placebo est potentiellement bénéfique même si le patient est informé de sa nature<sup>349</sup>.

Particulièrement au cours des quatre dernières années, bon nombre d'études ont cherché à valider cette hypothèse<sup>350</sup>. Notamment, l'efficacité thérapeutique des placebos ouverts s'est démontrée en population pédiatrique dans le traitement de la douleur chronique<sup>351</sup>, de la migraine<sup>352</sup> et du déficit d'attention avec hyperactivité<sup>353</sup>. De même, des résultats concluants ont été obtenus dans le traitement du syndrome prémenstruel<sup>354</sup>, la fatigue liée au cancer<sup>355</sup>, la lombalgie<sup>356</sup>, la rhinite

---

<sup>347</sup> Citée dans P.-H. KELLER, A. GIROUX-GONON et F. GONON, préc., note 15, 333.

<sup>348</sup> T. J. KAPTCHUK et al., préc., note 26.

<sup>349</sup> Cependant, des commentateurs de l'étude de Kaptchuk et ses collègues sur le syndrome du côlon irritable critiquent cette interprétation en faisant remarquer que les patients n'ont retenu que l'affirmation relative à amélioration significative des symptômes en stimulant les processus d'auto-guérison. Ainsi, il demeure un doute à savoir si le résultat aurait été le même si on s'était limité à préciser la nature inerte de la pilule de placebo (P.-H. KELLER, A. GIROUX-GONON et F. GONON, préc., note 15, 333).

<sup>350</sup> Toutefois, puisque les placebos ouverts sont relativement récents, notons que les études qui ont été effectuées en cette matière visent des petits groupes d'échantillonnage et leurs effets à long sont inconnus (I. SAGY *et al.*, préc., note 33, p. 4).

<sup>351</sup> Cosima LOCHER, Jens GAAB, Charlotte BLEASE, Marc INDERBINEN, Linda KOST et Helen KOECHLIN, « Placebos Are Part of the Solution, Not the Problem. An Exemplification of the Case of Antidepressants in Pediatric Chronic Pain Conditions », (2020) 10(998) *Front. Psychiatry* 1.

<sup>352</sup> Scott W. POWERS, Christopher S. COFFEY, Leigh A. CHAMBERLIN, Dixie J. ECKLUND, Linda KOST et Helen KOECHLIN, « Trial of amitriptyline, topiramate, and placebo for pediatric migraine », (2017) 375 *N Engl J Med*. 115.

<sup>353</sup> B. TROGEN, A. CAPLAN et P. KLASS, préc., note 51, citant Adrian D. SANDLER, Corrine C. GLESNE et Gail GELLER, « Children's and parents' perspectives on open-label use of placebos in the treatment of ADHD », (2008) 34(1) *Child Care Health Dev* 111 ; Adrian D. SANDLER et James W. BODFISH, « Open-label use of placebos in the treatment of ADHD: a pilot study », (2008) 34(1) *Child Care Health Dev* 104.

<sup>354</sup> Antje FREY NASCIMENTO, Jens GAAB, Irving KIRSCH, Joe KOSSOWSKY, Andrea MEYER et Cosima LOCHER, « Open-label placebo treatment of women with premenstrual syndrome: study protocol of a randomised controlled trial », (2020) 10 *BMJ Open* 1.

<sup>355</sup> Eric S. ZHOU, Kathryn T. HALL, Alexis L. MICHAUD, Jaime E. BLACKMON, Ann H. PARTRIDGE et Christopher J. RECKLITIS, « Open-label placebo reduces fatigue in cancer survivors: a randomized trial », (2019) 27 *Supportive Care in Cancer* 2179.

<sup>356</sup> Cláudia CARVALHO, Joaquim MACHADO CAETANO, Lidia CUNHA, Paula REBOUTA, Ted J. KAPTCHUK, Irving KIRSCH, « Open-Label placebo treatment in chronic low back pain: a randomized controlled trial », (2016) 157(12) *Pain* 2766.



allergique<sup>357</sup>, la dépression<sup>358</sup> et la gestion du stress de performance chez les étudiants<sup>359</sup>. Bien que cela ne fasse pas l'unanimité, il n'est pas exclu que les placebos ouverts soient autant sinon plus efficaces que les placebos non révélés<sup>360</sup>. En plus des effets prouvés par les traitements de type placebo, bon nombre de cas indiquent que les placebos ouverts fonctionnent à cause du contexte apaisant émanant de la relation de soins et la capacité de nourrir l'espoir et la confiance<sup>361</sup>.

La littérature récente suggère que les placebos ouverts sont conciliables avec l'esprit de la norme de consentement éclairé et l'autonomie du patient<sup>362</sup>. Malgré que la suggestion du médecin demeure un outil d'influence de l'effet placebo, Gold et Lichtenberg estiment que la persuasion est éthiquement acceptable dans la mesure où le professionnel n'alimente pas de fausses croyances<sup>363</sup>. D'ailleurs, dans une autre étude menée par Kaptchuk et ses collègues, près de 85% des 853 participants considéraient que les placebos ouverts étaient légitimes<sup>364</sup>. Ainsi, si le patient acquiesce à la thérapie au terme d'une communication honnête qui rencontre les exigences du contenu de l'obligation d'information et souligne l'avantage psychologique, physiologique ou psychophysiologique à tirer du placebo, le principe d'autonomie de la personne est, en principe, satisfait.

Cela dit, quelques réserves face à l'utilisation des placebos ouverts en clinique s'imposent selon nous, notamment sur la façon d'expliquer les choses au patient. Nombreuses études révèlent que le choix des mots est déterminant dans les attentes du patient<sup>365</sup>. Par exemple, il été démontré que l'usage du mot « douleur » a suscité une plus grande affliction que l'expression « sensation froide

---

<sup>357</sup> Michael SCHAEFER, Rebecca HARKE et Claudia DENKE, « Open-Label placebos improve symptoms in allergic rhinitis: a randomized controlled trial », (2016) 85(6) *Psychother Psychosom* 373.

<sup>358</sup> John M. KELLEY, Ted J. KAPTCHUK, Cristina CUSIN, Samuel LIPKIN et Maurizio FAVA, « Open-label placebo for major depressive disorder: a pilot randomized controlled trial », (2012) 81(5) *Psychother Psychosom* 312.

<sup>359</sup> Michael SCHAEFER, Claudia DENKE, Rebecca HARKE, Nina OLK, Merve ERKOVAN et Sören ENGE, « Open-Label Placebos Reduce Test Anxiety and Improve Self-Management Skills: A Randomized-Controlled Trial », (2019) 9 *Scientific Reports* 13317.

<sup>360</sup> I. SAGY *et al.*, préc., note 33. Toutefois, le contraire est suggéré dans A. BARNHILL et F. G. MILLER, préc., note 344, 676; A. J. KOLBER, préc., note 5; T. E. CHAN, préc., note 8, 26.

<sup>361</sup> H. BRODY, préc., note 85, p. 110 à 113.

<sup>362</sup> Voir notamment C. BLEASE, L. COLLOCA et T. J. KAPTCHUK, préc., note 13; B. TROGEN, A. CAPLAN et P. KLASS, préc., note 51.

<sup>363</sup> A. GOLD et P. LICHTENBERG, préc., note 4, 221.

<sup>364</sup> C. BLEASE, L. COLLOCA et T. J. KAPTCHUK, préc., note 13, 413.

<sup>365</sup> Voir notamment S. R. HEISIG *et al.*, préc., note 253.

»<sup>366</sup>. De même, préalablement à l'injection d'un anesthésique local, le fait de révéler aux sujets qu'ils ressentiront l'effet d'une « piqûre d'abeille » s'est avéré plus dommageable que ceux à qui on a simplement indiqué que l'anesthésique « engourdira la région »<sup>367</sup>.

En ce qui concerne l'administration d'un traitement placebo en clinique, le rôle de persuasion du praticien doit donc être compris de deux façons : une formulation positive maximise l'effet placebo (*p. ex.* mentionner que la médication fonctionne pour approximativement 30% des patients<sup>368</sup>), tandis qu'une formulation négative maximise l'effet nocebo (*p. ex.* mentionner que 70% des patients n'y répondent pas ou y répondent négativement), même si les faits mentionnés sont identiques<sup>369</sup>.

Des professionnels de santé aux quatre coins de la planète conviennent qu'une formation sur la vulgarisation de l'information de façon à stimuler l'effet placebo (bienfaisance) et minimiser l'effet nocebo (non-malfaisance) s'impose<sup>370</sup>. Notamment, le médecin traitant doit-il nécessairement employer mot à mot le « placebo », ou est-il suffisant de présenter la préparation comme « une substance inerte » ? Dans les prochains paragraphes, nous présenterons et discuterons de trois modulations du dialogue patient-médecin tendant à concilier le principe de consentement éclairé avec l'effet placebo.

### 3.3. Modulation de la divulgation du placebo en médecine générale

Nous retenons d'abord la proposition de Wells et Kaptchuk selon laquelle le consentement éclairé ne requiert pas une divulgation explicite ou complète, mais plutôt une révélation contextualisée et adéquate qui ne laisse pas place à la tromperie, la manipulation ou la coercition du patient<sup>371</sup>. Notons que la déception inclut l'engendrement d'une fausse croyance dans l'esprit

---

<sup>366</sup> Elvira V. LANG, Olga HATSIPOULOU, Timo KOCH, Kevin BERBAUM, Susan LUTGENDORF, Eva KETTENMANN, Henrietta LOGAN et Ted J. KAPTCHUK, « Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures », (2005) 114(1-2) *Pain* 303.

<sup>367</sup> Dirk VARELMANN, Carlo PANCARO, Eric C. CAPPIELLO et William R. CAMANN, « Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection », (2010) 110(3) *Anesthesia and Analgesia* 868.

<sup>368</sup> I. SAGY *et al.*, préc., note 33.

<sup>369</sup> M. ALFANO, préc., note 10, 6.

<sup>370</sup> A. W.M. EVERS *et al.*, préc., note 72, 208.

<sup>371</sup> R. ERWIN WELLS et T. J. KAPTCHUK, préc., note 263, 26.

du patient<sup>372</sup>. Dans cette optique, cette approche se concilie avec l'obligation déontologique d'information, laquelle impose au médecin traitant de s'assurer de la compréhension exacte du patient. Ainsi, il est implicite que la communication n'amène pas ce dernier à penser à tort qu'on lui administre une médication qui agit au plan physiologique<sup>373</sup>. Le médecin traitant doit aussi garder en tête que les malades s'attendent généralement à ce que le traitement agisse sur les paramètres physiques<sup>374</sup>, et doivent en conséquence fournir une explication qui est suffisamment claire dans l'esprit du patient pour déconstruire cette attente. Or, cela implique-t-il que l'intervention soit dévoilée mot à mot comme un « placebo » ? Il s'agit d'une question centrale au débat entourant l'acceptabilité des placebos en médecine générale, dont nous estimons que la réponse dépend généralement de la théorie du consentement éclairé adoptée et de l'attitude du patient face à cette thérapeutique<sup>375</sup>.

Certains éthiciens sont d'avis que l'expression « placebo » n'est nécessairement exigée pour que les exigences de consentement au soin soient validées, en ce qu'elle ne constitue pas, selon eux, une information substantielle dans la divulgation faite au patient (« *essential or substantial information disclosure* »). Tel qu'exposé précédemment, même en cas de prescription de substance chimique active, les professionnels de la santé ne dévoileront pas toujours les mécanismes biochimiques du mode d'action de la médication<sup>376</sup>. Dans ce cas, l'accent doit être mis sur une divulgation adéquate du diagnostic, des risques encourus et des alternatives thérapeutiques. Des auteurs sont même d'avis que l'omission de présenter la prescription comme une substance pharmacologique inerte ne brime pas l'autonomie décisionnelle<sup>377</sup>. À cet égard, Lichtenberg et Gold estiment que le placebo n'a pas à être divulgué pour ce qu'il est réellement et qu'il est suffisant d'expliquer au malade que cette thérapeutique s'est avérée efficace dans le traitement de la condition chez certains patients, malgré qu'on ne connaisse pas avec certitude ses propriétés d'action<sup>378</sup>. Toutefois, si le patient pose des questions particulières sur la nature du traitement, le

---

<sup>372</sup> A. GOLD et P. LICHTENBERG, préc., note 4, 220.

<sup>373</sup> M. S. DAUBER, préc., note 6, 202.

<sup>374</sup> Id., 203.

<sup>375</sup> A. BARNHILL, F. G. MILLER, préc., note 35, 673.

<sup>376</sup> A. BARNHILL, F. G. MILLER, préc., note 35, 673.

<sup>377</sup> T. E. CHAN, préc., note 8, 14.

<sup>378</sup> A. GOLD et P. LICHTENBERG, préc., note 4, 223.

médecin traitant devra répondre avec honnêteté et transparence<sup>379</sup>. Dans un autre article, Lichtenberg et ses collaborateurs s'imaginent la révélation suivante :

I would like to offer you a pill which I believe can help lessen your suffering. I do not know exactly how it works. I have other pills to offer whose mechanism is clearer, but I am not sure that they will work better for you, and they may also entail more serious side effects<sup>380</sup>.

Dans la même lignée, Michael S. Dauber, bioéthiciens et juriste, soumet que le consentement est éthiquement valide dans la mesure où le soignant renseigne suffisamment le soigné sur la nature de la condition et les moyens de la traiter, par exemple la douleur chronique, laquelle est un phénomène psychologique qui peut être traité par des alternatives aux analgésiques traditionnels :

Clinicians can explain that pain is a psychological phenomenon that may have a mix of physical and psychological causes, and that different interventions target pain in different ways; while many treatments target pain by releasing chemicals that produce physical changes, others treat pain by producing psychological changes. As long as clinicians fully explain the nature of pain and the ways it can be treated by methods that seek to eliminate pain through primarily psychological means, they would not deceive their patients<sup>381</sup>.

Avec égards pour l'opinion contraire, nous croyons, que ces dernières propositions ne sauraient rencontrer les exigences législatives de droit civil en matière de consentement aux soins. Une communication claire sur la nature du traitement est requise pour valablement accepter un traitement ayant le potentiel de porter atteinte à l'intégrité physique, ce qui implique au minimum, selon nous, la révélation de la nature inerte de la préparation<sup>382</sup>. Autrement, l'élément de tromperie n'est pas écarté avec certitude et le patient peut être amené à entretenir une croyance erronée,

---

<sup>379</sup> *Id.*

<sup>380</sup> Traduction libre, « J'aimerais vous prescrire une pilule qui, je crois, peut aider à atténuer vos souffrances. Je ne sais pas exactement comment elle agit. J'ai d'autres pilules à offrir dont le mécanisme est plus clair, mais je ne suis pas sûr qu'ils fonctionneront mieux pour vous, et ils peuvent également entraîner des effets secondaires plus graves » (P. LICHTENBERG, U. HERESCO-LEVY, U. NITZAN, préc., note 210, 552). Voir aussi Shane Nicholas GLACKIN, « Placebo treatments, informed consent and 'the grip of a false picture' », (2015) 41(8) *Journal of Medical Ethics* 669, 671.

<sup>381</sup> Traduction libre, « Les cliniciens enseignent que la douleur est un phénomène psychologique qui peut avoir un mélange de causes physiques et psychologiques, et que différentes interventions ciblent la douleur de différentes façons; tandis que de nombreux traitements ciblent la douleur en libérant des produits chimiques qui produisent des changements physiques, d'autres traitent la douleur en produisant des changements psychologiques. Tant que les cliniciens expliqueront pleinement la nature de la douleur et la façon dont elle peut être traitée par des méthodes visant à éliminer la douleur par des moyens principalement psychologiques, ils ne tromperont pas leurs patients » (Michael S. DAUBER, préc., note 6, 203).

<sup>382</sup> Voir A. BARNHILL, F. G. MILLER, préc., note 344, 673.

invalidant ainsi le consentement éclairé. Afin d'écarter le mensonge thérapeutique, nous préférons la proposition de Barnhill et Miller<sup>383</sup> :

I'm concerned about your being depressed and would like to work with you to help you get better. I could prescribe you a medication to treat depression, but these drugs have side effects and they don't help everyone. Instead, I am giving you a bottle of pills to take every day for a month. They don't have any medication in them, so you might wonder or be surprised why I would recommend taking them. However, some interesting studies have shown that patients who take placebo pills for various symptoms get better after taking them. We don't know why this happens, but one reason may be what's known as 'the placebo response.' Taking pills, even when they have no medication in them, might stimulate your brain's own resources for healing. Try taking one pill each night before you go to bed. I want you to come back for a visit in one month, but call me before then if your depression gets worse. At that time we can discuss how you are doing, and if you are not feeling substantially better, then I can prescribe an antidepressant drug<sup>384</sup>.

[Nos soulignements]

Si la révélation de la nature inerte de la préparation n'est peut-être pas déterminante à la compréhension du patient eu égard à la renonciation à son intégrité corporelle, le patient raisonnable veut généralement savoir s'il s'agit d'un placebo ou non<sup>385</sup>. Cette divulgation, centrée sur le patient raisonnable, met en évidence que la pilule proposée ne contient pas de médication et que le traitement stimule les processus psychologiques d'auto-guérison, écartant ainsi une croyance erronée que la préparation est un produit pharmacologique actif sur les paramètres physiques. Finalement, la non-divulgation des risques non spécifiques associés au placebo est balancée et justifiée par un suivi serré et fréquent, lequel rencontre les paramètres de l'obligation de soins, de bienfaisance et de non-malfaisance du praticien<sup>386</sup>.

<sup>383</sup> Une opinion similaire est formulée dans Walter A. BROWN, « Placebo as a Treatment for Depression », (1994) *Neuropsychopharmacology* 265.

<sup>384</sup> A. BARNHILL, F. G. MILLER, préc., note 35, 676.

<sup>385</sup> Traduction libre, « Votre dépression m'inquiète et j'aimerais travailler avec vous pour vous aider à aller mieux. Je pourrais vous prescrire un médicament pour traiter la dépression, mais ces médicaments ont des effets secondaires et n'aident pas tout le monde. Ceci étant dit, je vous donne une bouteille de pilules à prendre tous les jours pendant un mois. Elles ne contiennent aucun médicament. Vous pourriez vous demander ou être surpris de la raison pour laquelle je recommanderais de les prendre. Cependant, certaines études intéressantes ont démontré que les patients qui prennent des pilules placebo pour différents symptômes voient leur condition s'améliorer. Nous ne savons pas pourquoi cela se produit, mais l'une des raisons peut être ce qu'on appelle la réponse au placebo. La prise de pilules, même lorsqu'elles ne contiennent aucun médicament, pourrait stimuler les ressources de notre cerveau pour la guérison. Essayez de prendre une pilule chaque soir avant d'aller au lit. J'aimerais que vous reveniez me voir dans un mois. Contactez-moi avant si vos symptômes augmentent » (*Id.*, 674).

<sup>386</sup> J. T. FORTUNATO, A. WASSERMAN et D. LONDYN MENKES, préc., note 293, 41.

Par contre, puisqu'il n'est pas certain que l'efficacité du traitement soit aussi probante lorsque le mot « placebo » est précisément employé<sup>387</sup>, une divulgation transparente suivie de la renonciation du patient à être informé quant au moment précis de son administration nous apparaît être le moyen le plus approprié afin d'assurer le respect de l'autonomie de la personne et de favoriser l'effet placebo (bienfaisance et non-malfaisance)<sup>388</sup>. Nous avons vu que certains patients désirent renoncer à recevoir certaines informations<sup>389</sup>. Tant le droit que l'éthique s'accordent pour dire qu'une telle renonciation est possible, puisqu'il s'agit essentiellement d'un droit de recevoir les renseignements appropriés, mais non une obligation du soigné.

D'autre part, rappelons que les réserves associées à la renonciation résultent généralement de la crainte de l'adoption d'un comportement téméraire de la part du malade, soit celui d'acquiescer à une intervention en ne sachant pas à quelles conséquences il s'expose. La divulgation partielle que nous préconisons permet d'assurer que le patient reçoive toutes les informations relatives au diagnostic, à l'utilité, la nature et l'objectif du traitement, des risques encourus et les conséquences d'un défaut d'intervention. Le patient renonce seulement à être informé du moment précis de l'administration du placebo. En s'inspirant de ce qui a été proposé jusqu'à présent, nous soumettons que la divulgation suivante pourrait répondre aux enjeux juridiques et éthiques de la problématique:

Certains patients qui présentent une condition médicale similaire à votre cas répondent positivement à une médication dépourvue de tout traitement chimique actif. J'estime dans votre cas que cette pilule de sucre, dépourvue de toute médication, pourrait avoir un effet favorable sur l'amélioration de votre santé. L'efficacité des traitements placebo demeure douteuse, mais bon nombre d'étude révèlent une amélioration des symptômes des patients après leur administration. Cela est possiblement attribuable à la stimulation des processus d'auto-guérison. Les traitements placebos ont l'avantage d'éviter la prescription d'autres médicaments qui pourraient vous faire courir un risque d'effets secondaires ou permanents. Si vous acceptez, je vous fournirai une plaquette de pilules qui contient à la fois des analgésiques médicamenteux et des pilules de sucre sans aucune activité pharmacologique. Ainsi, vous ne saurez pas exactement quand le placebo vous sera administré. J'aimerais effectuer un suivi avec vous tous les mois. À tout moment, vous pouvez me contacter si un symptôme inhabituel se présente ou un changement dans votre état de santé survient.

---

<sup>387</sup> P. LICHTENBERG, U. HERESCO-LEVY, U. NITZAN, préc., note 210, 552

<sup>388</sup> Cette proposition a notamment été soulevée dans L. COLLOCA, P. ENCKD et D. DEGRAZIAE, préc., note 32, 1596.

<sup>389</sup> A. J. KOLBER, préc., note 5, 116.

Cela pourrait aussi s'appliquer plus généralement à une façon de prescrire une série de médicaments en alternance avec un placebo, avec le consentement du patient. Le patient ne saurait pas quand la médication prescrite devient un placebo. De cette manière, l'autonomie de la personne n'est pas enfreinte, car la problématique de mensonge thérapeutique est écartée et le patient conserve sa liberté de choix en refusant ou en optant pour une alternative, ce qui lui permet en somme de préserver un rôle actif dans l'acceptation et la mise en œuvre de son plan de soins. La crainte que l'efficacité thérapeutique soit minée par la connaissance par le patient de l'inertie de la substance prescrite est largement atténuée par le fait que le patient ne sait pas, au moment de l'administration du placebo, s'il s'agit d'une médication régulière ou du placebo. Cette modulation du dialogue patient-médecin tient compte des enjeux contemporains liés à l'effet placebo en médecine générale et, tout en veillant au respect des valeurs fondamentales de l'inviolabilité et l'autonomie de la personne, elle permet au médecin d'agir conformément au principe de bienfaisance, en maximisant l'effet placebo en soulignant le potentiel de cette thérapeutique, ainsi qu'au principe de non-malfaisance en ne divulguant pas les risques non spécifiques et le moment exact de l'administration du placebo.

Cependant, si on pousse la réflexion, il y a lieu de se demander si ce raisonnement peut aussi, en certaines circonstances, s'appliquer plus généralement à une façon de traiter un patient. Par exemple, lors d'un premier rendez-vous médical, on pourrait s'imaginer un médecin de famille qui explique et demande à un patient nouvellement pris en charge :

Il existe des données probantes à l'effet que des mécanismes psychologiques permettraient d'activer des voies physiologiques impliquées dans l'amélioration de certains symptômes. À petite échelle, pensons à un enfant à qui on fait croire qu'un bisou apaisera son « bobo » et, en conséquence, celui-ci oublie son mal. Chez les adultes, on observe un phénomène similaire. Il s'agit de l'effet placebo. Par exemple, chez certains de mes patients qui souffrent de migraines, et à qui je prescris un comprimé inerte à leur insu, alors qu'ils sont convaincus qu'il s'agit d'un médicament traditionnellement conçu pour alléger la migraine, rapportent une amélioration de leurs symptômes. Cela est possiblement attribuable à la stimulation des processus d'auto-guérison. Les traitements placebos ont l'avantage d'éviter la prescription d'autres médicaments qui pourraient vous faire courir un risque d'effets secondaires ou permanents.

Je crois en l'efficacité thérapeutique des placebos pour le traitement de certaines conditions médicales particulières et uniquement lorsqu'elles sont vérifiées par des données scientifiques probantes, et lorsque les circonstances de l'espèce le commandent. Par

exemple, je ne prescrirai jamais de traitement placebo pour soigner un patient aux prises avec une méningite bactérienne, puisque cela irait à l'encontre des prescriptions de la médecine. Je pourrais cependant considérer ce traitement pour soulager des douleurs au dos, après un examen et diagnostic précis, si cela s'inscrit toujours dans l'objectif d'amélioration du bien-être du patient.

Ainsi, le recours aux traitements de type placebo fait partie de mon arsenal thérapeutique dans la prise en charge de mes patients en médecine familiale. Consentirez-vous, à un moment opportun au cours des deux prochaines années, de potentiellement recevoir un traitement de type placebo si je juge que ça pourrait être pertinent ? Le cas échéant, je ne vous dirai pas s'il s'agit ou non d'un placebo au moment où le médicament est prescrit. C'est pourquoi je vous demande un consentement général et anticipé. Le consentement au traitement de type placebo est révocable à tout moment ou autrement renouvelable à chaque deux ans. À tout moment, vous pouvez évidemment me contacter si un symptôme inhabituel se présente ou un changement dans votre état de santé survient.

Dans cet exemple, le patient renoncerait à savoir bien plus que le seul moment où le placebo lui est prodigué. En fait, le patient renoncerait à savoir quelle est en fait la nature du traitement ou de l'intervention, de même qu'aux alternatives thérapeutiques qui s'offrent à lui. Tel que nous l'avons vu au chapitre 2<sup>390</sup>, la jurisprudence et la doctrine semblent suggérer que la renonciation au droit d'être informé est valide dans le cas d'interventions thérapeutiques<sup>391</sup>, contrairement à la situation dans le cadre d'expérimentations ou de recherche<sup>392</sup>. De plus, le débat entourant le droit de renoncer à l'information découle surtout de la crainte que le malade adopte une conduite téméraire en acquiesçant à un acte médical et sans trop savoir à quoi il s'expose. Dans la formulation que nous présentons, le patient ne se ferme pas totalement les yeux sur la médication qui lui est offerte et conserve un certain rôle dans son plan de soins, soit par la faculté d'acquiescer à l'avance ou de refuser les traitements de type placebo. En ce sens, la problématique inhérente au mensonge thérapeutique traditionnel est largement atténuée.

Quant à la faculté d'acquiescer à l'avance à ce qu'un traitement nous soit éventuellement administré, cela est déjà admis, dans une certaine mesure, par le législateur en d'autres matières. Par exemple, le droit admet la possibilité de faire connaître à l'avance ses volontés contraignantes relativement à certains soins médicaux advenant son incapacité à consentir par le biais des

---

<sup>390</sup> Voir section 2.3. de cet essai.

<sup>391</sup> *Mainville c. Hôpital général de Montréal et Dr J. Edwin Coffey*, préc., note 268.

<sup>392</sup> *Weiss c. Solomon*, préc., note 186; *Halushka v. University of Saskatchewan*, préc., note 269.



directives médicales anticipées<sup>393</sup>. Cependant, notons que ce dernier régime prend effet en cas d'une incapacité à consentir à des soins médicaux, tandis que dans le cas du traitement placebo, le patient demeure apte lorsque le traitement lui est administré à son insu. Ainsi, il faudrait une directive particulière quant à la durée maximale du consentement anticipé. Une durée de deux ans nous paraissait raisonnable, mais il reviendrait au législateur de se prononcer sur la question.

Enfin, nous nous devons de relever les lacunes que présentent cette dernière modulation du dialogue soignant-soigné. Au plan clinique, certains auteurs mettent en garde contre la diminution potentielle de l'efficacité des autres médications administrées au courant de la relation thérapeutique<sup>394</sup>. En raison du fait que le patient ne sache jamais s'il reçoit une « réelle » ou une « fausse » médication, il est possible que l'efficacité des autres traitements s'en retrouve affaiblie. Au plan juridique, même si nous avons convenu qu'il est sans doute possible de renoncer, entre autres, à un traitement et à ses alternatives thérapeutiques, nous ne sommes toutefois pas convaincus qu'une renonciation aussi générale que celle-ci résisterait à la norme de consentement libre et éclairé. En effet, la norme de consentement libre et éclairé s'applique *a priori* à chaque fois et pour chaque soin qui est offert au patient. Dans notre exemple, le patient se trouve à renoncer à consentir à un groupe de soins. Ainsi, il nous semble plus prudent d'attendre des directives claires de l'Association canadienne médicale ou du législateur avant d'admettre cette façon de faire en médecine générale.

---

<sup>393</sup> *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, ch. S-32.0001, art. 51ss.

<sup>394</sup> B. FODDY, préc., note 19, 7.

## CONCLUSION

En guise de constat final, nous croyons que les traitements de type placebo méritent une reconnaissance officielle dans l'arsenal thérapeutique médical canadien. Nous avons vu au chapitre 1 qu'il existe des données probantes sur l'efficacité thérapeutique des placebos dans le traitement de certaines pathologies. Les placebos demeurent un outil médical d'intérêt particulièrement pour le traitement de la douleur et les maladies dont la cause est inconnue et pour lesquelles il n'existe aucun traitement effectif reconnu, comme le syndrome du côlon irritable.

La revue juridique au chapitre 2 du devoir de renseignement et de la norme de consentement libre et éclairé nous permet d'affirmer que le mensonge thérapeutique classique est fort probablement inconciliable avec les paramètres juridiques qui encadrent les relations thérapeutiques dans le domaine de la prestation de soins de santé. Par ailleurs, l'interprétation éventuelle de l'usage des placebos en médecine clinique devant les cours de justice, notamment sur leur qualification à titre de soins requis ou de soins non requis par l'état de santé, permettrait de préciser les contours précis de l'obligation d'information et de son intensité.

Si le placebo doit effectivement être divulgué au patient (placebo ouvert), l'obligation d'information demeure susceptible de varier en contenu et en intensité. De plus, comme le choix des mots communiqués, surtout sur la nature du traitement, aura vraisemblablement un impact sur la magnitude de l'effet placebo, nous avons cherché à savoir quelle serait une modulation appropriée de la divulgation du placebo ouvert. La modulation du discours soignant-soigné devait, selon nous, permettre de réconcilier les exigences juridiques en matière de consentement au soin, tout en tenant compte de la réalité clinique inhérente à l'administration d'un placebo qui, traditionnellement, se voulait à l'insu du patient.

L'éthique biomédicale fournit des outils pour réfléchir à la modulation, l'individualisation ou la contextualisation possible de la norme de consentement libre et éclairé. En nous inspirant de l'éthique biomédicale et des principes qui la sous-tendent, notamment l'autonomie de la personne, la bienfaisance et la non-malfaisance, nous avons formulé des hypothèses de divulgation des

placebos ouverts en médecine clinique et discuté de leur conformité juridique. Nous estimons que la renonciation préalable du patient à être informé du moment de l'administration du placebo, après que celui-ci ait été informé de son diagnostic, de la nature inerte de la préparation, des alternatives thérapeutiques et des risques liés au placebo, constitue une avenue raisonnable au regard de l'éthique et du droit. Reste à savoir s'il est légitime qu'un patient renonce à l'avance à savoir quand et dans quelles circonstances un traitement placebo pourrait lui être administré dans le cadre de la relation de soins, par exemple en médecine familiale. Cependant, nous avons également vu que la renonciation totale ou partielle du patient à une composante du droit à l'information a fait couler de l'encre en droit. La jurisprudence semble reconnaître la validité d'une renonciation totale ou partielle à l'information dans le cas d'un traitement à visée thérapeutique<sup>395</sup>. Les tribunaux devront confirmer si les traitements de type placebo sont à visée thérapeutique ou non thérapeutique.

Enfin, si cet essai visait à discuter de la légitimité du traitement de type placebo au regard des paramètres de consentement aux soins en médecine générale, cette thérapeutique doit aussi être évaluée et replacée dans le contexte des autres exigences juridiques et déontologiques en vigueur. Notamment, il faudrait confirmer la validité du traitement placebo eu égard à l'obligation du professionnel de maintenir une relation de confiance avec son patient<sup>396</sup>, à l'obligation de soigner<sup>397</sup>, à l'obligation de tenir un dossier médical<sup>398</sup>, où le médecin doit notamment y verser la liste des médicaments pris par le patient<sup>399</sup>, de même qu'à l'accès du patient à son dossier médical<sup>400</sup>.

Par exemple, même si le patient a valablement renoncé à l'avance en tout ou partie à son droit d'être informé, le professionnel aurait quand même, *a priori*, l'obligation de verser certaines informations au dossier du patient. Qu'en est-il alors si le patient ayant renoncé à être informé du moment de l'administration du placebo, en cours de traitement, demande de voir les notes versées à son dossier médical et que son médecin a inscrites noir sur blanc dans ce dossier qu'un placebo

---

<sup>395</sup> L. POTVIN, préc., note 186, p. 72, tel que cité par R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 61, n°375.

<sup>396</sup> Art. 18 CDM. Voir à ce sujet A. HÉRON, C. LEROUX et D. DUBAYLE, préc., note 252, 679.

<sup>397</sup> Art. 3 CDM. À ce sujet, Kapp soulève la possibilité de créer une dépendance au placebo, soit un détournement du mal réel vécu par le patient (M. B. KAPP, préc., note 64, 380). Il faudra voir si cette approche est alors conciliable avec l'obligation du praticien de « soigner » son patient.

<sup>398</sup> *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, RLRQ c. M-9, r. 20.3, art. 4.

<sup>399</sup> *Id.*, art. 6 (13.1°).

<sup>400</sup> Art. 17 LSSSS; art. 94 al. 1 CDM.

lui est administré ? Dans cette hypothèse, serait-il légitime de moduler ou d'alléger l'obligation du professionnel de tenir un dossier médical ? Il s'agit d'une tout autre question qui demande une étude approfondie, comme nous venons de le faire avec la norme de consentement libre et éclairé. Ainsi, l'utilisation des placebos en médecine clinique demeure une question aux contours encore bien flous qui devrait faire l'objet d'un encadrement par la loi et être précisée par l'Association médicale canadienne et le Collège des médecins.

## TABLE BIBLIOGRAPHIQUE

### Législation et réglementation

#### Textes constitutionnels et quasi-constitutionnels

*Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, c. 11 (R.-U.)]

*Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ c. C-12

#### Textes fédéraux

*Code criminel*, L.R.C. (1985), ch. C-46

#### Textes québécois

*Code civil du Québec*, RLRQ, c. CCQ-1991

*Code de déontologie des médecins*, RLRQ, chapitre M-9, r. 17

*Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, c. S-32.0001

*Loi sur la santé publique*, RLRQ, c. S-2.2

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ c. S-4.2

*Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, RLRQ c. M-9, r. 20.3

## Table de la jurisprudence

### Jurisprudence canadienne

*A.B. v. C.D. and E.F.*, 2019 BCSC 254

*Alarie c. Morielli*, 1999 CanLII 11697 (QC CS)

*Arndt c. Smith*, [1997] 2 R.C.S. 539

*Bécotte c. Durocher*, REJB 2002-28421 (C.S.)

*Béliveau c. Rusnov*, REJB 2002-35958 (C.S.)

*Bello c. Abdulnour*, 2013 QCCQ 6387

*Bernardelli Pesce c. Tortella-Materazzo*, 2016 QCCS 1409

*Bishop c. Vaillancourt*, 2014 QCCS 1375

*Bishop c. Vaillancourt*, 2016 QCCA 316

*Blanchette c. Perras*, C.S. Terrebonne, no. 700-05-001030927

*Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*, [2000] 2 R.C.S. 307

*B. (M.) c. Centre hospitalier Pierre-Le-Gardeur*, [2004] J.Q. no 1711 (C.A.)

*Bouchard c. Villeneuve*, [1996] R.J.Q. 1920 (C.S.)

*Brunelle c. Sirois*, [1975] C.A. 779

*Cantin-Cloutier c. Gagnon*, [2002] R.R.A. 75, REJB 2000-21212 (C.S.)

*Carter c. Canada (Procureur général)*, [2015] 1 RCS 331

*Caziotti-Girolamini c. Antoniou*, (1997) CanLII 8336 (QC CS)

*Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda c. M.B.*, 2013 QCCS 5893

*Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. J.T.*, 2008 QCCS 3867

*Centre hospitalier de Chandler c. Cyr*, REJB 2000-17538 (C.S.)

*Centre hospitalier Pierre-Janet c. D.(D.)*, EYB 2005-87386

*Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Hôpital Hôtel-Dieu d'Amos) c. M.G.*, 2020 QCCS 2289

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. E.C.*, 2016 QCCS 170

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. G.H.*, 2020 QCCS 2200

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. S.G.*, 2016 QCCS 5880

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS) c. S.P.*, 2020 QCCS 598

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean c. F.S.*, 2018 QCCS 5909

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean c. M.O.*, 2019 QCCS 3531

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean c. S.G.*, 2019 QCCS 5652

*Cf. Ciarlariello c. Schacter*, [1993] 2 R.C.S. 119

*Chabot c. Roy*, [1997] R.R.A. 920, REJB 1997-02353 (C.A.)

*Chariter c. Sauvé*, (1997) R.R.A. 213 (C.S.)

*Chouinard c. Landry*, [1987] RJQ 1954 (CA)

*Curateur public du Québec c. R. (É.)*, [1999] R.D.F. 59, REJB 1998-09958 (C.S.)

*Daigle c. Lafond* (C.S., 2006-09-08), 2006 QCCS 5136

*Daigle c. Tremblay*, [1989] 2 R.C.S. 530

*Déry c. Simard*, 2009 QCCQ 3167

*Droit de la famille — 18294*, 2018 QCCS 554

*Dr Mario Deschênes, en sa qualité de syndic adjoint du Collège des médecins du Québec c. Dre Marie-France Aumont*, 2017 CanLII 45015 (QC CDCM)

*Duhamel c. Sutton*, REJB 2003-45778 (C.S.)

*Dulude c. Gaudette*, [1974] C.S. 618

*Dunant c. Chong*, C.A. 1985, no 500-09-000035-816, J.E. 86-73

*Dupont c. Corbin*, [1998] R.R.A. 26, REJB 1997-03516 (C.A.)

*Engel c. Salyn*, [1993] 1 R.C.S. 306

*Ferland c. Ghosn*, 2008 QCCA 797

*Galarneau c. Beaudoin*, 2001BE-786, EYB 2001-26755 (C.S.)

*Godbout c. Longueuil (Ville)*, [1997] 3 RCS 844

*Godin c. Quintal*, REJB 2002-32391 (C.A.)

*Halushka v. University of Saskatchewan*, 53 D.L.R. 2nd 436

*Health and Social services Centre of Laval c. P.C.*, 2006 QCCS 7952  
*Hopp c. Lepp*, [1980] 2 SCR 192  
*Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais*, [1991] R.J.Q. 1969 (C.S.)  
*Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)*, [1994] R.J.Q. 2523  
*Jimenez c. Pehr*, REJB 2002-32698 (C.S.)  
*J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378  
*Johnson c. Harris*, [1990] J.Q. (Quicklaw) no 1467  
*Labrie c. Gagnon*, REJB 2002-30737 (C.S.)  
*Labrie c. Gagnon*, REJB 2003-40959 (C.A.)  
*Lacasse c. Lefrançois*, 2007 QCCA 1015  
*Lalonde c. Tessier*, 2011 QCCS 3935  
*Lamontagne c. Rioux*, 2016 QCCQ 1065  
*Larouche c. Boulet*, (1994) R.R.A. 24 (C.S.)  
*Lépine c. Payette*, EYB 2006-111815 (C.S.)  
*Mainville c. Hôpital général de Montréal et Dr J. Edwin Coffey*, 500-05-003608-872, 1992-02-11  
*Manoir de la Pointe Bleue c. Corbeil*, [1992] R.J.Q. 712 (C.S.)  
*McInerney c. MacDonald*, [1992] 2 RCS 138  
*Meloche c. Bernier*, 2005 CanLII 6452 (QC CS)  
*M.G. c. Pinsonneault*, 2017 QCCA 607  
*Morrow c. Hôpital Royal Victoria*, J.E. 78-824 (C.S.)  
*Morrow c. Hôpital Royal Victoria*, [1990] R.R.A. 41 (C.A.)  
*Murray-Vaillancourt c. Clairoux*, [1989] R.R.A. 762 (C.S.)  
*Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.)  
*N.K. v. A.H.*, 2016 BCSC 744  
*Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg c. G. (D.F.)*, [1997] 3 R.C.S. 925  
*O'Hearn c. Estrada*, C.S. Montréal, no 500-05-730107-677  
*Ouellette c. Shatz*, [1987] R.R.A. 652  
*Paré c. Paré*, CAQ 2007 QCCA 517  
*Parenteau c. Drolet*, [1994] R.J.Q. 689 (C.A.)  
*Paterson c. Rubinovich*, 1999 CanLII 13540 (QC CA)



*Pierre-Boucher c. Van Landschoot*, 2014 QCCS 4284  
*P.L. c. Benchetrit*, [2010] R.J.Q. 1853, EYB 2010-178136 (C.A.)  
*P.L. c. Benchetrit*, EYB 2007-127992 (C.Q.)  
*Protection de la jeunesse – 0968*, 2009 QCCQ 3146  
*Protection de la jeunesse – 175712*, 2017 QCCQ 13175  
*R. c. Morgentaler*, [1988] 1 RCS 30  
*Reibl c. Hughes*, [1980] 2 R.C.S. 880  
*Re Pasqua Hospital and Harmatiuk*, (1988) 42 D.L.R. (4th) 134 (SK CA)  
*Rivard c. Nadeau*, (1997) CanLII 9062 (QC CS)  
*Roy-Fortier c. Michaud*, EYB 1997-03018 (QCCS)  
*Saucier c. Wise*, (1990) R.R.A. 283 (C.S.)  
*'Shea c. McGovern*, [1989] R.R.A. 341, EYB 1989-181747 (C.S.)  
*Sosnowski c. Lussier*, 2016 QCCS 1079  
*Starson c. Swayze*, [2003] 1 RCS 722  
*Tremblay c. Roy*, 2018 QCCS 2486  
*V.F. c. T.D.*, J.E. 2004-1452 (C.S.)  
*Weiss c. Solomon*, [1989] R.J.Q. 731, EYB 1989-95790 (C.S.)

*Jurisprudence internationale*

*Canterbury v. Spence*, 464 F.2d 772, 789 (D.C. Cir. 1972)  
*Nishi v. Hartwell*, 473 P.2d 116 (Haw. 1970)  
*Re C (adult : refusal of medical treatment)*, [1994] 1 All E.R. 819  
*Re T (adult : refusal of treatment)*, [1992] 4 All E.R. 649, [1992] 3 W.L.R. 782 (C.A.)  
*Sidaway v. Bethlem Royal Hospital Governors*, [1985] 1 All E.R. 643

## Doctrine

### Monographies et ouvrages collectifs

AUTRET, A., *Les effets placebo : Des relations entre croyances et médecines*, France, Éditions L'Harmattan, 2013

BAUDOUIN, J.-L., P. DESLAURIERS et B. MOORE, *La responsabilité civile*, 8<sup>e</sup> éd., vol. 1, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014

BAUDOUIN, J.-L., « Les expériences biomédicales humaines : modèles et modalités des systèmes actuels de garantie des droits de la personne », dans J. ILIOPOULOS-STRANGAS (dir.), *Expérimentation biomédicale et droits de l'homme*, Paris, P.U.F., 1988

BEAUCHAMP, T. L. et James F. CHILDRESS, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Les Belles Lettres, 2008

BEAUCHAMP, T. L. et J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1979

BERNARDOT, A. et R. P. KOURI, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Éditions R.D.U.S., 1980

BOOTZIN, R. R., « The role of expectancy in behavior change », dans *Placebo, theory, research, and mechanisms*, New York, Guilford Press, 1985

BRODY, H., *Placebos and the Philosophy of Medicine: Clinical, Conceptual, and Ethical Issues*, Chicago, University of Chicago Press, 1980

COURNOYER, I., « Autorisation de traitement » dans Mélanie BOURASSA-FORCIER et Anne-Marie SAVARD (dirs.), *Droit et politiques de la santé*, 2<sup>e</sup> éd., Montréal, LexisNexis Canada, 2014, 1074 p., 2018

DELEURY, É. et D. GOUBAU, *Le droit des personnes physiques*, 5<sup>e</sup> éd., par Dominique Goubau, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014

DELEURY, É. et D. GOUBAU, *Le droit des personnes physiques*, 6<sup>e</sup> éd., par Dominique Goubau avec la collaboration d'Anne-Marie Savard, Éditions Yvon Blais, 2019

DESCHAMPS, P., « Intégrité de la personne », dans JurisClasseur Québec – Coll. « Thema », *Droit des personnes physiques*, fasc. 2, Montréal, LexisNexis Canada, 2017

DURAND, G., « Privilège thérapeutique », dans *Introduction générale à la bioéthique: histoire, concepts et outils*, Canada, Éditions Fides, 2005

GAGNÉ, M., *Le droit des médicaments au Canada*, 2<sup>e</sup> éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2010

KAPTCHUK, T. J., « The placebo effect in alternative medicine: Can the performance of a healing ritual have clinical significance? », dans F. G. MILLER, L. COLLOCA, R. A. CROUCH, & T. J. KAPTCHUK (dirs.), *The placebo: A reader*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2013

KENNEDY, I., « The Law and Ethics of Informed Consent and Randomized Controlled Trials », dans *Treat Me Right : Essays in Medical Law and Ethics*, Oxford, Clarendon Paperbacks, 1988, 213

KOURI, R. P., *L'autonomie de la personne : d'hier à aujourd'hui*, dans 13<sup>e</sup> Conférences Roger-Comtois, Montréal, Éditions Thémis, 2016

KOURI, R. P., « Les Directives Médicales Anticipées, une Œuvre Perfectible », dans Catherine RÉGIS, Vincent GAUTRAIS et Laurence LARGENTÉ (dirs.), *Mélanges en l'honneur du professeur Patrick A. Molinari*, vol. 25, n°1, Montréal, Éditions Thémis, 2020

KOURI, R. P. et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4<sup>e</sup> éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2017

LLUELLES D. et B. MOORE, *Droit des obligations*, 2<sup>e</sup> éd., Montréal, Les Éditions Thémis, 2012

MCFARLAND, D., « Le comportement animal », dans *Psychobiologie, éthologie et évolution*, Paris, De Boeck Supérieur, 2009

PHILIPS-NOOTENS, S., R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, *Éléments de responsabilité civile médicale - Le droit dans le quotidien de la médecine*, 4<sup>e</sup> éd., Montréal, Éditions Yvon Blais, 2016

POTVIN, L., *L'obligation de renseignement du médecin. Étude comparée de droit québécois, français et du common law canadien*, coll. Minerve, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1984

POTVIN, L., *L'obligation de renseignement du médecin*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 1984

ROY, A., « Commentaires et annotations sous les articles 1 à 898 (Livres 1, 2 et 3) », dans Benoît MOORE (dir), *Code civil du Québec : Annotations - commentaires*, 4<sup>e</sup> éd., Cowansville, Yvon Blais, 2019

SHAPIRO, A. K. et E. SHAPIRO, *The Powerful Placebo: From Ancient Priest to Modern Physician*, Maryland, The Johns Hopkins University Press, 1997

Articles de revue et études d'ouvrages collectifs

ALFANO, M., « Placebo Effects and Informed Consent », (2015) 15(1) *The American Journal of Bioethics* 3

AMANZIO, M. et F. BENEDETTI, « Neuropharmacological dissection of placebo analgesia: expectation-activated opioid systems versus conditioning-activated specific subsystems », (1999) 19 *J Neurosci* 484

BALLOU, S. *et al.*, « Factors Associated With Response to Placebo in Patients With Irritable Bowel Syndrome and Constipation », (2018) 16(11) *Clin Gastroenterol Hepatol* 1738

BEAUCHAMP, T. L., et J. F. CHILDRESS, « Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary », (2019) 19(11) *The American Journal of Bioethics* 9

BEECHER, H. K., « The powerful placebo », (1955) 159(17) *J Am Med Assoc.* 1602

BENEDETTI, F. *et al.*, « When words are painful: Unraveling the mechanisms of the nocebo effect », (2007) 147 *Neuroscience* 260

BERNIER, L., « Le don d'organes : voir au-delà des volontés individuelles ? », (2018) 15 *Éthique et santé* (2018) 142

BERNIER, L. et C. RÉGIS, « Regard critique sur le régime québécois des directives médicales anticipées comme véritable consécration de l'autonomie », (2017) 62 *RGDM* 35

BINGEL, U. *et al.*, « Mechanisms of placebo analgesia: rACC recruitment of a subcortical antinociceptive network », (2006) 120(1-2) *Pain* 8

BINGEL, U. *et al.*, « The Effect of Treatment Expectation on Drug Efficacy: Imaging the Analgesic Benefit of the Opioid Remifentanyl », (2011) 3(70) *Sci. Transl. Med*

BLEASE, C., L. COLLOCA et T. J. KAPTCHUK « Are Open-Label Placebos Ethical? Informed Consent And Ethical Equivocations », (2016) 30(6) *Bioethics* 407

BLEASE, C. R., F. L. BISHOP et T. J. KAPTCHUK, « Informed consent and clinical trials: where is the placebo effect? », (2017) 356 *BJM* 1

BROWN, W. A., « Placebo as a Treatment for Depression », (1994) *Neuropsychopharmacology* 265

CARVALHO, C. *et al.*, « Open-Label placebo treatment in chronic low back pain: a randomized controlled trial », (2016) 157(12) *Pain* 2766

CASASSUS, P. « Homéopathie et placebo (de Hahnemann à l'EBM) », (2018) 14(9) *Médecine* 397

CHAN, T. E., « Regulating the Placebo Effect in Clinical Practice », (2014) 23(1) *Medical Law Review* 1

CHANDROS HULL, S. *et al.*, « Patients' attitudes about the use of placebo treatments: telephone survey », (2013) 347 *BMJ (Clinical research ed.)*

CHAVARRIA, V. *et al.*, « The Placebo and Nocebo Phenomena: Their Clinical Management and Impact on Treatment Outcomes », (2017) 39(3) *Clinical Therapeutics* 477

COHEN, S., « The Nocebo Effect Of Informed Consent », (2014) 28(3) *Bioethics* 147

COLAGIURI, B. *et al.*, « The placebo effect: from concepts to genes », (2015) 207 *Neuroscience* 171

COLLOCA, L., « Informed Consent: Hints From Placebo and Nocebo Research », (2015) 15(10) *The American Journal of Bioethics* 17

COLLOCA, L., P. ENCKD et D. DEGRAZIAE, « Relieving pain using dose-extending placebos: a scoping review », (2016) 157 *Pain* 1590

CRANE, G. S., « Harnessing the Placebo Effect: A New Model for Mind-Body Healing Mechanisms », (2016) 35(1) *International Journal of Transpersonal Studies* 39

CRUTCHFIELD, P., T. GIBB et M. REDINGER, « Placebos and a New Exception to Informed Consent », (2018) 9(3) *AJOB Neuroscience* 200

DAUBER, M. S., « Mechanisms and Mind Sets: The Roles of Terminology and Patient Mind Set in Clinician Truth-Telling and Placebo Use », (2018) 9(3) *AJOB Neuroscience* 202

DESCHAMPS, P., « L'autonomie personnelle : individuelle ou relationnelle? : Regard sur l'aide médicale à mourir : l'autonomie individuelle est, par essence, relationnelle », (2016) 16(2) *Cahiers francophones de soins palliatifs* 12

DE DEYN, P. et R. D'HOOGHE, « Placebos in Clinical Practice and Research », (1996) 22 *J. Med. Ethics* 140

DE LA FUENTE-FERNANDEZ, R. *et al.*, « Expectation and dopamine release: mechanism of the placebo effect in Parkinson's disease », (2001) 293 (5532) *Science* 1164

DOUDENKOVA, V. et J.-C. BÉLISLE PIPON, « Duty to Inform and Informed Consent in Diagnostic Radiology: How Ethics and Law can Better Guide Practice », (2016) 28 *HEC Forum* 75

EL-SALHY, M., J. GUNNAR HATLEBAKK et T. HAUSKEN, « Possible role of peptide YY (PYY) in the pathophysiology of irritable bowel syndrome (IBS) », (2020) 79 *Neuropeptides* 1019732

ERWIN Wells, R. et T. J. KAPTCHUK, « To Tell the Truth, the Whole Truth, May Do Patient », (2012) 12(3) *The American Journal of Bioethics* 22

EVERS, A. W. M. *et al.*, « Implications of Placebo and Nocebo Effects for Clinical Practice: Expert Consensus », (2018) 87 *Psychother Psychosom* 204

FENT, R. *et al.*, « The use of pure and impure placebo interventions in primary care – a qualitative approach », (2011) 12(11) *BMC Family Practice*

FINDLEY, T., « The placebo and the physician », (1953) 37 *Med. Clin. N. Amer.* 1821

FINNIS, D. G. *et al.*, « Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects », (2010) 375 *Lancet* 686

FLIK, C. E. *et al.*, « Systematic review: The placebo effect of psychological interventions in the treatment of irritable bowel syndrome », (2017) 23(12) *World J Gastroenterol* 2223

FODDY, B., « A Duty to Deceive: Placebos in Clinical Practice », (2009) 9(12) *The American Journal of Bioethics* 4

FORTUNATO, J. T., A. WASSERMAN et D. LONDYN MENKES, « When Respecting Autonomy Is Harmful: A Clinically Useful Approach to the Nocebo Effect », (2017) 17(6) *The American Journal of Bioethics* 36

FOURNIER, J. C. *et al.*, « Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis », (2010) 303(1) *JAMA* 47

FREY NASCIMENTO, A. *et al.*, « Open-label placebo treatment of women with premenstrual syndrome: study protocol of a randomised controlled trial », (2020) 10 *BMJ Open* 1

GLACKIN, S. N., « Placebo treatments, informed consent and 'the grip of a false picture' », (2015) 41(8) *Journal of Medical Ethics* 669



GLIGOROV, N., « Telling the Truth About Pain: Informed Consent and the Role of Expectation in Pain Intensity », (2018) 9(3) *AJOB Neuroscience* 173

GOLD, A. et P. LICHTENBERG, «The moral case for the clinical placebo », (2014) 40 *J Med Ethics* 219

Hélène GUAY, « Les droits de la personnalité », dans Collection de droit 2019-2020, École du Barreau du Québec, vol. 3, *Personnes et successions*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2019

GUY-CHOICHARD, C. et François BOUREAU, « Comprendre l'effet placebo pour mieux traiter la douleur », (2005) 26 *La revue de médecine interne* 226

HAOUR, F., « Mécanismes de l'effet placebo et du conditionnement : données neurobiologiques chez l'homme et l'animal », (2005) 21-3 *M/S : médecine sciences* 315

HASNAIN, M. *et al.*, « Utilisation d'un placebo dans les essais cliniques d'un médicament psychotrope », (2018) 63(5) *The Canadian Journal of Psychiatry* 338

HARRIS, C. S. et A. RAZ, « Deliberate use of placebos in clinical practice: what we really know », (2012) 38(7) *J Med Ethics* 406

HARRIS, C. R., N. K.J. CAMPBELL et A. RAZ, « Placebo Trends across the Border: US versus Canada », (2015) 10(11) *PLoS ONE*

HEISIG, S. R. *et al.*, « Framing and Personalizing Informed Consent to Prevent Negative Expectations: An Experimental Pilot Study », (2015) 34(10) *Health Psychology* 1033

HÉLEINE, F., « Le dogme de l'intangibilité du corps humain et ses atteintes normalisées dans le droit des obligations du Québec contemporain », (1976) 36 *R. du B.* 2

HÉRON, A., C. LEROUX et D. DUBAYLE, « Le placebo à l'hôpital : Regard sur son utilisation dans les services de médecine polyvalente », (2019) 35 *Médecine/sciences* 674

HÉRON, A., M. TACHEAU et E. CREPIN, « Placebo et pratiques professionnelles en soins infirmiers à l'hôpital », (2019) 68 *La revue de l'infirmière* 42

HOFFMAN, G. A., A. HARRINGTON et H. L. FIELDS, « Pain and the Placebo: What We Have Learned », (2005) 48 (2) *Persp. Biology & Med.* 248

HOWICK, J. *et al.*, « Placebo use in the United kingdom: results from a national survey of primary care practitioners », (2013) 8(3) *PLoS One*

HOWICK, J., « Saying Things the “Right” Way: Avoiding “Nocebo” Effects and Providing Full Informed Consent », (2012) 12(3) *The American Journal of Bioethics* 33

JAHN, W. T., « The 4 basic ethical principles that apply to forensic activities are respect for autonomy, beneficence, nonmaleficence, and justice », (2011) 10(3) *J Chiropr Med.* 225

JONAS, W. B., « Reframing Placebo in Research and Practice », (2011) 366 *Phil Trans R Soc B* 1896

JUSTMAN, S., « From medicine to psychotherapy: the placebo effect », (2011) 24(1) *History of the Human Sciences* 95

KAM-HANSEN, S. *et al.*, « Altered placebo and drug labeling changes the outcome of episodic migraine attacks », (2014) 6(218) *Science Translational Medicine*

KANAAN, R., D. ARMSTRONG et S. WESSELY « Limits to truth- telling: Neurologists' communication in conversion disorder », (2009) 77(2) *Patient Education and Counseling* 296

KAPP, M. B., « Placebo Therapy and the Law: Prescribe with Care », (1982) 8-4 *Am J L & Med* 371

KAPTCHUK, T. J. *et al.*, « Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome », (2008) 336 *BMJ* 999

KAPTCHUK, T. J. *et al.*, « Do medical devices have enhanced placebo effects? », (2000) 53 *J Clin Epidemiol* 786

KAPTCHUK, T. J. et F. G. MILLER, « Placebo effects in medicine », (2015) 356 *N Engl J Med* 8

KAPTCHUK, T. J. *et al.*, « Placebos without deception: a randomized controlled trial in irritable bowel syndrome », (2010) 5(12) *PLoS One* e15591

KELLER, P.-H., A. GIROUX-GONON et F. GONON, « Effet placebo et antidépresseurs : une revue de la littérature éclairée par la psychanalyse », (2013) 78 *L'évolution psychiatrique* 327

KELLER, P.-H. *et al.*, « How Health Professionals Conceptualize and Represent Placebo Treatment in Clinical Trials and How Their Patients Understand It: Impact on Validity of Informed Consent », (2016) 11(5) *Plos One*

KERMEN, R. *et al.*, « Family physicians believe the placebo effect is therapeutic but often use real drugs as placebos », (2010) 42(9) *Fam Med* 636

KHAN A. et W. A. BROWN, « Antidepressants versus placebo in major depression: An overview », (2015) 14(3) *World Psychiatry* 294

KINNAERT, P., « Placebo et effet placebo (première partie) : définition, aspects cliniques, mécanismes », (2006) 27 *Rev Med Brux* 499

KIRSCH, I., « Antidepressants and the placebo effect », (2014) 222(3) *Z Psychol.* 128

KOLBER, A. J., « A Limited Defense of Clinical Placebo Deception », (2007) 26(1) *Yale L & Pol'y Rev* 75

KOURI, R. P., « Le consentement aux soins : aperçu général et quelques questions controversées », (2011) 2 *C.P. du N.* 1

KOURI, R. P. et S. PHILIPS-NOOTENS, « Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé: un concept pour le moins ambigu », (2003) 63(1) *R. du B.* 1

KOURI, R. P. et C. LEMIEUX, « Les témoins de jéhovah et le refus de certains traitements : problèmes de forme, de capacité et de constitutionnalité découlant du Code civil du Québec », (1995) 26 *R.D.U.S.* 77

KOURI, R. P. et S. PHILIPS-NOOTEN, « L'expérimentation et les soins innovateurs : l'article 21 C.c.Q. et les affres de l'imprécision », (1996-97) 27 *R.D.U.S.* 89

KOURI, R. P., « L'influence de la Cour suprême sur l'obligation de renseigner en droit médical québécois », (1984) 44 *R. du B.* 851

LAMBELET COLEMAN, D., « Transgender Children, Puberty Blockers, and the Law: Solutions to the Problem of Dissenting Parents », (2019) 19(2) *The American Journal of Bioethics* 82

LANG, E. V. *et al.*, « Can words hurt? Patient–provider interactions during invasive procedures », (2005) 114(1-2) *Pain* 303

LEVINE, J. D. et N. C. GORDON, « Influence of the Method of Drug Administration on Analgesic Response », (1984) 312 *Nature* 755

LIFSHITZ, M. *et al.*, « On Suggestibility and Placebo: A Follow-Up Study », (2017) 59(4) *American Journal of Clinical Hypnosis* 385

LICHTENBERG, P., U. HERESCO-LEVY et U. NITZAN, « The Ethics of the Placebo in Clinical Practice », (2004) 30 *J Med Ethics* 551

LOCHER, C. *et al.*, « Placebos Are Part of the Solution, Not the Problem. An Exemplification of the Case of Antidepressants in Pediatric Chronic Pain Conditions », (2020) 10(998) *Front. Psychiatry* 1

LOEB, M. *et al.*, « A randomized, blinded, placebo-controlled trial comparing antibody responses to homeopathic and conventional vaccines in university students », (2018) 36 *Vaccine* 7423

MACLEAN, A., « Autonomy, consent and persuasion » (2006) 13(4) *Eur J Health Law* 321

MARTIN, J., « La prescription de placebo, question éthique délicate », (2012) 93 (31-32) *Bull Med Suisses* 1150

MATHIE, R. T. *et al.*, « Randomised, double-blind, placebo-controlled trials of non-individualised homeopathic treatment: systematic review and meta-analysis », (2017) 6(63) *Systematic Reviews*

MAYBERG, H. S. *et al.*, « The functional neuroanatomy of the placebo effect », (2002) 159(5) *Am J Psychiatry* 728

MÉNARD, J.-P., « Le privilège thérapeutique », (2013) 34-2 *Actualité médicale* 53

MILLARE, K., « La renonciation aux droits et libertés et le consentement libre et éclairé : fondements, exigences et incertitudes », (2020) 78 *R. du B.* 39

MILLARE, K., « Le concept d'autonomie dans l'arrêt *Carter c. Canada* : Au-delà du libre choix », (2017) 63(2) *R. D. McGill* 28

MILLER, F. G., « Clarifying the Nocebo Effect and Its Ethical Implications », (2012) 12(3) *The American Journal of Bioethics* 30

MILLER, F. G., « Ethical Issues in Surgical Research », (2005) 15 *Thoracic Surg Clin* 543

MILLER, F. G. et L. COLLOCA, « The placebo phenomenon and medical ethics: Rethinking the relationship between informed consent and risk–benefit assessment », (2011) 32 *Theor Med Bioeth* 229

MUSIALA, F. et P. ENCKB, « How Dangerous Is Your Mind: Are There Health-Related Risks of Placebo/Nocebo Responses? », (2019) 26 *Complement Med Res* 221

PARK, L. C. et L. COVI, « Nonblind Placebo Trial », (1965) 12(4) *Archives Gen. Psychiatry* 336

PETROVIC, P. *et al.*, « Placebo and opioid analgesia—imaging a shared neuronal network », (2002) 295(5560) *Science* 1737

PHILIPS-NOOTENS, S., « La responsabilité civile du médecin anesthésiste (1re partie) », (1988) 19 *R.D.U.S.* 55

POWERS, S. W. *et al.*, « Trial of amitriptyline, topiramate, and placebo for pediatric migraine », (2017) 375 *N Engl J Med*. 115

OXMAN, A. D., I. CHALMERS et D. L. SACKETT, « A practical guide to informed consent to treatment », (2001) 323(7327) *BMJ* 1464

RAZ, A. *et al.*, « Placebos in clinical practice: comparing attitudes, beliefs, and patterns of use between academic psychiatrists and nonpsychiatrists », (2011) 58 *Can J Psychiatry* 198

RÉGIS, C., « L’approche psychologique du droit : pour mieux comprendre les étincelles de folie et de sagesse », (2016) 1 *Revue Psycho-Droit* 119

ROQUES, M. *et al.*, « Enjeux relationnels inconscients dans la « relation-placebo » : les rôles du transfert, de la suggestion et de l’ambivalence », (2014) 172 *Annales Médico-Psychologiques* 873

SAGY, I., J. ABRES, A. WINNICK et A. JOTKOWITZ, « Placebos in the era of open-label trials: An update for clinicians », (2019) 49 *Eur J Clin Invest.* 1

SAMPSON, H., C. WEIJER et D. PULLMAN, « Research governance lessons from the National Placebo Initiative », (2009) 17(2-3) *Health Law Review* 26

SANDLER, A. D., C. C. GLESNE et G. GELLER, « Children's and parents' perspectives on open-label use of placebos in the treatment of ADHD », (2008) 34(1) *Child Care Health Dev* 111

SANDLER, A. D. et J. W. BODFISH, « Open-label use of placebos in the treatment of ADHD: a pilot study », (2008) 34(1) *Child Care Health Dev* 104

SCHAEFER, M., R. HARKE et C. DENKE, « Open-Label placebos improve symptoms in allergic rhinitis: a randomized controlled trial », (2016) 85(6) *Psychother Psychosom* 373

SCHAEFER, M. *et al.*, « Open-Label Placebos Reduce Test Anxiety and Improve Self-Management Skills: A Randomized-Controlled Trial », (2019) 9 *Scientific Reports* 13317

SHAH, K. *et al.*, « Use of placebo: knowledge, attitude and practice among medical practitioners », (2009) 63(10) *Indian J Med Sci.* 472

SHANG, A. *et al.*, « Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy », (2005) 366(9487) *Lancet* 726

SHAPIRO, A. K., « Factors contributing to the placebo effect », (1964) 18 *Am J Psychother* 73

SHARPE, G. et D. WEISTUB, « The Ethics of Deception in Biomedical Research », (1996) 16 *Health L. Can.* 101

SHAW D. et B. ELGER, « Evidence-based persuasion: an ethical imperative » (2013) 309(16) *JAMA* 1689

SOMERVILLE, M. A., « Structuring the Issues in Informed Consent », (1981) 26 *R.D. McGill* 740

SOMERVILLE, M. A., « Therapeutic and Non-Therapeutic Medical Procedures - What are the Distinctions? » (1981) 2 *Health L. Can.* 85

SPECKER SULLIVAN, L., « Dynamic axes of informed consent in Japan », (2017) 174 *Social Science and Medicine* 159

SPECKER SULLIVAN, L., « Medical maternalism: Beyond paternalism and antipaternalism », (2016) 42 *Journal of Medical Ethics* 439

SPECKER SULLIVAN, L., et F. NIKER, « Relational Autonomy, Maternalism, and the Nocebo Effect », (2017) 17(6) *The American Journal of Bioethics* 52

STUB, T., N. FOSS et I. LIODDEN, « Placebo effect is probably what we refer to as patient healing power : A qualitative pilot study examining how Norwegian complementary therapists reflect on their practice », (2017) 17 *BMC Complement Altern Med*

TELLIER, A., « Un mensonge thérapeutique ? Réflexions éthiques sur l'usage thérapeutique du placebo », (2003) 4 *Doul. et Analg.* 225

THIBAUT, R. T. *et al.*, « Treating ADHD with Suggestion: Neurofeedback and Placebo Therapeutics », (2018) 22(8) *J Atten Disord.* 707

TOTH, F., « Le droit du patient d'être informé: un droit protégé par la Charte des droits et libertés de la personne Chronique en droit de la santé », (1989) 20 *R.D.U.S.*

TILBURT, J. C. *et al.*, « Prescribing placebo treatments: results of national survey of us internists and rheumatologists », (2008) 337 *BMJ* 1938



TROGEN, B., A. CAPLAN et P. KLASS, «The Ethics of Open-Label Placebos in Pediatrics », (2017) 140(2) *Pediatrics*

VARELMANN, D. *et al.*, « Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection », (2010) 110(3) *Anesthesia and Analgesia* 868

WEISSTUB, D. N. et Simon N. VERDUN-JONES, « Pour une distinction entre l'expérimentation thérapeutique et l'expérimentation non thérapeutique », (1996-97) 27 *R.D.U.S.* 49

WIECH, K., M. PLONER et I. TRACEY, « Neurocognitive aspects of pain perception », 2008 12(8) *Trends Cogn Sci.* 306

ZHOU, E. S. *et al.*, « Open-label placebo reduces fatigue in cancer survivors: a randomized trial », (2019) 27 *Supportive Care in Cancer* 2179

*Documents gouvernementaux et rapports d'organismes publics*

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, « Questions médico-légales à considérer à l'égard des contrats de recherche clinique », *ACPM*, en ligne : < <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/membership/protection-for-members/principles-of-assistance/medico-legal-issues-to-consider-with-clinical-research-contracts> >

ASSOCIATION DES PATIENTS SOUFFRANT DU SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE, *APSSII et recherche*, 2011, mise à jour avril 2020, en ligne : < <https://www.apssii.org/recherche/index.php> >

COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, *L'expérimentation biomédicale sur l'être humain*, Document de travail 61, Ottawa, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1989

CONSEIL DE RECHERCHES EN SCIENCES HUMAINES DU CANADA, DU CONSEIL DE RECHERCHES EN SCIENCES NATURELLES ET EN GÉNIE DU CANADA, DES INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU

CANADA, dans l'*Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2018, chapitre 11

MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC, *Commentaires du ministre de la Justice. Le Code civil du Québec : un mouvement de société*, 3 tomes, Québec, Publications du Québec, 1993

SANTÉ CANADA, *Ligne directrice – E10 : Choix d'un groupe témoin et questions connexes dans le cadre des essais cliniques*, 2011, en ligne < <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/demandes-presentations/lignes-directrices/international-conference-harmonisation/efficacite/choix-groupe-temoin-questions-connexes-cadre-essais-cliniques-theme.html> >

### Documents internationaux

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, *AMA Principles of Medical Ethics*, 2016, en ligne : < <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/ethical-use-placebo-controls-research> >

WORLD MEDICAL ASSOCIATION, « World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects », (2013) 310(20) *JAMA* 2191

MUSÉE CANADIEN DE L'HISTOIRE, « Mystère de l'Égypte », *Sciences*, en ligne : < <https://www.museedelhistoire.ca/cmc/exhibitions/civil/egypt/egcs05f.html> >

### Articles de journaux et billets de blogs

HALIOUA, B., « Du procès au code de Nuremberg : principes de l'éthique biomédicale », *Espace Éthique*, 2014, en ligne : < <https://www.espace-ethique.org/printpdf/2219> >

SIAG, J., « Effet placebo le pouvoir de l'autosuggestion », *LaPresse*, 2016, en ligne : < [https://plus.lapresse.ca/screens/b5f454b7-9592-426b-9ceb-5f6cda5fc0b7\\_\\_7C\\_\\_0.html](https://plus.lapresse.ca/screens/b5f454b7-9592-426b-9ceb-5f6cda5fc0b7__7C__0.html) >

*Encyclopédies juridiques, dictionnaires et ouvrages généraux*

BAUDOUIN, J.-L. et Y. RENAUD, *Code civil du Québec annoté (2020)*, t. 1, 23<sup>e</sup> éd., Montréal, Wilson et Lafleur, 2020

REID, H., *Dictionnaire de droit québécois et canadien*, 5<sup>e</sup> éd., révisée, Montréal, Wilson & Lafleur, 2016, « consentement », en ligne : < <https://dictionnaireid.caij.qc.ca/recherche?q=consentement&t=edictionnaire&sort=relevancy&m=detailed> > (JuriBistro eDICTIONNAIRE)

*Collections et études éditées par des chambres professionnelles*

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET BARREAU DU QUÉBEC, « Le médecin et le consentement aux soins », *Publication du Collège des médecins du Québec*, 2018, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf> >

DESLAURIERS, P. et E. PRÉVILLE-RATELLE, « La responsabilité médicale et hospitalière » dans *Responsabilité*, Collection de droit 2019-2020, vol. 5, École du Barreau du Québec, 2019

DUPIN, F., « Réflexions sur l'acception juridique de l'autonomie » dans S. F. C. B. Q., vol. 261, *Autonomie et protection, Développements récents* (2007), Cowansville, Les Éditions Yvon Blais

GIROUX, M. T., « Contrat thérapeutique et bienveillance exceptionnelle », dans S. F. C. B. Q., vol. 315, *La protection des personnes vulnérables*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2010

LECOQ, N., « Le refus injustifié de soins de santé : en quête d'un plus grand respect des personnes vulnérables », dans S.F.C.B.Q., vol. 424, *La protection des personnes vulnérables*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2017

Thèses, mémoires non édités et recueils de cours

CADORETTE, M., *Le consentement libre et éclairé de la parturiente en droit québécois : L'accouchement comme contexte d'évitement du respect de l'autonomie*, Québec, Faculté des études supérieures, Université Laval, 2006

FERRON PARAYRE, A., *Donner un consentement éclairé à un soin : réalité ou fiction ? Exploration de l'effectivité du consentement éclairé aux soins*, thèse de doctorat, Montréal, Faculté des études supérieures, Université de Montréal, 2018

HUGUES, G., *Le syndrome de l'intestin irritable : intérêt du microbiote intestinal et place du pharmacien d'officine dans le parcours de soin du patient*, thèse de doctorat, Bordeaux, Faculté des études supérieures, Université de Bordeaux, 2017

LECLAIR, S. et J. SAINT-ARNAUD, *Module d'introduction à la bioéthique et à l'éthique clinique (Bioéthique In Situ)*, Montréal, psychiatrie, Université de Montréal, 2014